UC-NRLF
B 4 031 268

MEDICAL SCHOOL
LIBRARY

SIGILLVM · VNIVERSITATIS · CALIFORNIENSIS
LVX
FIAT
MDCCCLXVIII

EX LIBRIS

MONATSSCHRIFT

für

KINDERHEILKUNDE.

REFERATE.

Herausgegeben von

Birk Tübingen, **Czerny** Berlin, **Göppert** Göttingen, **Johannessen** Kristiania, **Klotz** Lübek, **Knöpfelmacher** Wien
Koplik New-York, **Moro** Heidelberg, **Noeggerath** Freiburg, **Stolte** Breslau, **Thiemich** Leipzig, **Vogt** Magdeburg, **Wieland** Basel

Redigiert von

Dr. Arthur Keller-Berlin.

Band XVI.

LEIPZIG UND WIEN.
FRANZ DEUTICKE.
1920.

Verlags-Nr. 2595.

Druck von Rudolf M. Rohrer in Brünn.

MONATSSCHRIFT
für
KINDERHEILKUNDE

Herausgegeben von

Czerny Berlin | Göppert Göttingen | Knöpfelmacher Wien | Moro Heidelberg | Thiemich Leipzig | Tobler Breslau | Berend Budapest
Comba Florenz | Johannessen Kristiania | Koplik New-York | Marfan Paris | Schkarin St. Petersburg | Thomson Edinburg | Wieland Basel

Redigiert von **Arthur Keller**-Berlin.

Verlag von Franz Deuticke in Leipzig und Wien.
Preis der „Referate", jährlich 2 Bände, pro Band (ca. 40 Bogen) Mk. 30.—.
Preis der „Originalien" (ca. 45—50 Bogen) jährlich Mk. 30.—.
Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Bd. XVI. Referate. Nr. 1.

Allgemeine Diagnostik.

Ernst H. *Die Bedeutung der Weißschen Urochromogenreaktion.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXVII, S. 255—265.)

Die im einzelnen mitgeteilten Erfahrungen der Verf. führen zu dem Schlusse, daß die Urochromogenreaktion klinisch nicht verwertbar ist, da sie bei manchen Gesunden vorhanden ist, außerdem bei den verschiedensten fieberhaften wie fieberlosen Erkrankungen ohne erkennbaren Grund vorhanden sein oder fehlen kann.

H. Vogt.

Pharmakologie.

Arnold Orgler. *Zur Theorie der Lebertranwirkung.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXVII, S. 459—490.)

Über den Einfluß des Lebertrans bei Rachitis haben frühere Untersuchungen gezeigt, daß er den Kalkansatz erhöht. Die Erklärung dieser Wirkung war anscheinend gegeben, als sich zeigte, daß unter Einwirkung des Lebertrans der Seifengehalt des Kotes abnimmt. Die Abnahme der Fettseifen im Stuhl ist aber nicht so groß, daß die Besserung des Kalkansatzes mit ihr allein erklärt werden könnte. Es ergab sich die Aufgabe, zu prüfen, ob der Lebertran den Angriffspunkt jenseits der Darmwand finden könnte. Nach dem, was wir über das Schicksal des Nahrungsfettes im Tierkörper wissen, muß die Verabreichung von Lebertran zu einer Anreicherung des Blutes an Alkali- und Kalkseifen führen, wenn das Blut bei gewöhnlichem Gehalt an anorganischen Kalksalzen für Kalkseifen noch aufnahmefähig ist. Diese Voraussetzung wurde in zahlreichen Versuchen geprüft. Als durchschnittlicher Gehalt des Kälberserums

wurden 15·9 mg CaO in 100 cm³ festgestellt. Durch Schütteln mit tertiärem (und sekundärem) Kalziumphosphat war eine Anreicherung von 1·9 mg CaO möglich, mit ölsaurem Kalk dagegen um 9 mg mehr. Stearinsaurer und palmitinsaurer Kalk werden auch vom Serum erheblich besser gelöst als phosphorsaurer Kalk, kommen aber dem ölsauren Kalk nicht gleich. Es ist also anzunehmen, daß bei Darreichung von Lebertran dem rachitischen Knochen Kalk zur Aufnahme durch das Blut in erhöhter Menge dargeboten wird. H. Vogt.

Entwicklung und Sprache.

Emil Fröschels. *Psychologische und klinische Beiträge zur kindlichen Sprachentwicklung und zur kindlichen Stummheit.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXVII, S. 423—449.)

Wie die Erfahrung, daß taube Kinder stumm bleiben, zeigt, ist zur Erlernung des Sprechens Vorbedingung, daß eine Verbindung besteht zwischen den dem Hörvermögen dienenden Teilen des Gehirns und denjenigen, welche die Sprechbewegungen auslösen. Störungen können auftreten, wenn entweder die erwähnten Hirngegenden oder ihre Verbindungsfasern betroffen sind. Das neugeborene Kind zeigt regelmäßig Änderung des Hirndruckes bei Schalleinwirkung, während nur ein Teil der Kinder Hörwahrnehmungen auf andere Weise zu erkennen gibt. Es fehlt dem Neugeborenen das Vermögen, verschiedene Schallreize zu unterscheiden, das erst durch Erfahrung erworben werden muß. Dazu ist ein Anteil, eine Stellungnahme des Kindes erforderlich. Verf. schildert mehrere Fälle von Hörstummheit, bei denen das periphere Ohr und der Hörnerv als Ort der Störung auszuschließen waren. Er vermutet vielmehr eine mangelhafte Erregbarkeit des zentralen Hörfeldes oder des Reflexbogens zur motorischen Sprachgegend als Ursache der Störung. Zu rechnen ist mit der Möglichkeit, daß der Reiz auf das zentrale Hörfeld einwirkt und von da auf andere Hirngebiete übergeht, ohne daß dieser Vorgang äußerlich in Erscheinung tritt. Der motorische Sprechdrang ist beim einzelnen Menschen verschieden stark vorhanden. Der Hörreiz wirkt reflexauslösend auf den motorischen Sprachapparat. Auf einer bestimmten Stufe der kindlichen Sprachentwicklung vollziehen sich die sprachlichen Äußerungen nach Art des bedingten Reflexes = Echolalie. Für den Ablauf dieses Vorganges ist ein Hemmungszentrum anzunehmen, dessen Schädigung die Echolalie beim erwachsenen Menschen wieder in Erscheinung treten lassen kann. Wie es eine Störung des Hörvermögens für das Nacheinander objektiver Töne, für Melodien gibt bei gutem Gehör für Einzeltöne, so kommen Sprachstörungen bei Kindern vor, die darauf zurückzuführen sind, daß das Erfassen meherer zugleich ertönender Töne oder Geräusche nicht gelingt. H. Vogt.

Ernährung, Ernährungsstörungen, Ernährungstherapie.

Thiemich. *Zur Frage des vorzeitigen Rückganges und Versiegens der Laktation.* (Monatsschr. f. Kinderheilk., Orig., Bd. XIV, 1918, S. 315.)

In einer Zusammenstellung der Literatur weist der Verf. auf die großen, kaum miteinander vereinbar scheinenden Widersprüche in den Angaben über das in Rede stehende Thema hin. An der Hand einer Kasuistik, die zum Teil das außerordentlich langsame Ansteigen der Laktation bei Frauen, die sich schließlich doch als voll stillfähig erwiesen haben, darstellt, zum Teil das Versiegen der Laktation infolge mangelhaften Saugreizes durch das Kind oder Erkrankung der Mutter schildert, sucht der Verf. zu beweisen, daß es ein Zurückgehen oder gar Versiegen der Brustdrüsensekretion physiologischerweise nicht gibt. Immer spielen seiner Meinung nach von seiten der Mutter oder von seiten des Kindes pathologische Umstände hinein. Unverkennbar ist dabei, daß je geringer aus anatomischen (oder physiologischen?) Gründen die Laktationsleistung ist, um so leichter irreparable Störungen eintreten. Gerade mit Rücksicht auf die Rolle, die normalerweise dem Saugreize des Kindes zufällt, wäre es in den zahlreichen Fällen, in denen dieser mangelhaft ist (saugschwache, trinkfaule, neuropathische oder ernährungsgestörte Kinder), von großem Werte, ein wirksames spezifisches Laktagogon zu besitzen, welches auch bei mangelhafter Anregung durch das Kind die Laktation mindestens in Gang hält und womöglich bis zu der durch die anatomische Entwicklung der Brust gezogenen Grenze steigert. Das von Basch angegebene Plazentarsekretin scheint ein wichtiger Schritt auf diesem Wege, stellt aber noch keineswegs die Lösung des Problems dar. Die anderen, mit mehr oder minder kritikloser Reklame empfohlenen Laktagoga halten wissenschaftlich strenger Kritik nicht Stand, zum Teil deshalb, weil sie nur Nährstoffe und keine pharmakodynamisch wirksamen Mittel sind.

Heyman (Leipzig).

Ad. Czerny und **H. Kleinschmidt.** *Über eine Butter-Mehl-Nahrung für schwache Säuglinge.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXVII, S. 1 bis 14.)

Die Butter-Mehl-Nahrung bildet ein neues Glied in der Reihe der Versuche, den Fettgehalt der künstlichen Nahrung für Säuglinge zu erhöhen. Zu ihrer Herstellung werden 20 g Butter 3—5 Minuten über gelindem Feuer gekocht, dann mit 20 g Weizenmehl 4—5 Minuten unter starkem Umrühren erhitzt, die Mischung wird nach Zusatz von 300 g warmen Wassers und 15 g Kochzucker nochmals aufgekocht, durch ein Haarsieb gegeben und das Ganze noch warm der entsprechenden Menge abgekochter und erkalteter Kuhmilch zugesetzt. Für Kinder mit einem weit unter 3000 g betragenden Gewicht wird die Ernährung mit einer Mischung von ein Drittel Milch und zwei Drittel Butter-Mehl-Abkochung begonnen, bei höherem Gewichte mit zwei Fünftel Milch und drei Fünftel Butter-Mehl-

Abkochung. Die Butter-Mehl-Abkochung eignet sich nicht zur Behandlung akuter Ernährungsstörungen, deren Abklingen erst abgewartet werden muß. Sie führte zu befriedigender Zunahme des Körpergewichtes, gutem Längenwachstum, gutem Aussehen der Säuglinge. Stimmung, Beweglichkeit und Gewebsturgor, besonders aber der Fettansatz ließen nichts zu wünschen übrig. Angeborene Konstitutionsanomalien machten sich nur in geringem Maße bemerklich. Im Stuhlausstrich waren bei Färbung nach Escherich-Weigert vorwiegend blaugefärbte Stäbchen zu sehen.

H. Vogt.

v. Pirquet. *System der Ernährung.* I. *Die Milch als Nahrungseinheit.* (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. XIV, S. 197.) II. *Sitzhöhe und Körpergewicht*, S. 211. III. *Die einzelnen Nahrungsstoffe*, S. 449. IV. *Ernährung der Darmfläche*, Bd. XV, S. 100. V. *Tafel zur Ernährung des Menschen*, S. 117. VI. *Tafeln für den Einkauf von Nahrungsbrennstoff und Nahrungseiweiß.* VII. *Körpergewicht und Darmfläche*, S. 213. VIII. *Der Nährwert des Fleisches*, Bd. XVI, S. 241. IX. *Über den Nahrungswert der Milch und seine Bestimmung aus der Trockensubstanz*, Bd. XVII, S. 114.

I. „Wir brauchen für die Klinik statt der chemischen oder physikalischen eine physiologische Einheit des Nährwertes."

„Die Nahrungsbewertung darf nicht einseitig auf der chemischen und physikalischen Qualität aufgebaut sein, sondern sie muß sich auf die Lebensfunktionen des Wachstums, der Muskelarbeit, der Milchabgabe auf empirischer Kontrolle stützen."

Die Tierphysiologen haben sich eine solche Nährwerteinheit bereits geschaffen, indem sie nach dem Vorschlag von Kellner nach dem „Stärkewert" rechnen. 1 kg Stärke, als überschüssige Zulage zu einem bestimmten Grundfutter gegeben, erzeugt beim Tier einen Ansatz von 250 g Fett. Dieser Stärkewert wird bei der Ernährung von Nutztieren als Einheit für die Bewertung der Futtermittel benutzt.

Für die Ernährung des Menschen schlägt v. Pirquet nun die Milch als Einheitswert vor. „Als theoretisches Grundmaß dient eine Milch, von welcher 1 g bei der Oxydation im menschlichen Körper eine Wärmemenge von 667 kleinen Kalorien frei werden läßt. Die metrische Einheit der Ernährung ist das **Nem** (**N**ahrungs-**E**inheit-**M**ilch), kurz geschrieben: **n**, der Nahrungswert von 1 g Milch.

Hektonem, hn, der Nahrungswert von 100 g Milch.

Kilonem, kn, der Nahrungswert von 1000 g Milch.

Tonnenem, tn, der Nahrungswert von 1000 kg Milch."

Da die Milch in ihrer Zusammensetzung aber schwankt und nicht immer dem Werte von 667 Kalorien entspricht, muß sie bei der Nemrechnung immer erst auf diesen Wert gebracht werden. Hiezu dient dem Verf. die Beobachtung, daß alle Arten Milch in der Summe von Eiweiß und Milchzucker übereinstimmen. Nur der Fettgehalt wechselt. Es genügt also, diesen (nach Gerber) jedes-

mal zu bestimmen und dann, falls die Milch zu fett ist, durch Zugabe von Wasser oder, falls sie zu wenig fett ist, durch Zugabe von Zucker (nach einer beigefügten Tabelle) den Unterschied auszugleichen, um sie auf den einheitlichen Grundnährwert zu bringen.

Die Milch ist der Maßstab, an dem der physiologische Vergleichswert der anderen Nahrungsmittel festgestellt wird. Bei Kindern mit reiner Milchnahrung wird ein Teil der Milch durch den zu prüfenden Körper ersetzt und bestimmt, ob der aus der chemischen Zusammensetzung oder der kalorimetrischen Prüfung berechnete Wert auch dem physiologischen Wert entspricht, indem konstatiert wird, ob die Gewichtszunahme des Kindes in gleicher Weise fortschreitet wie bei der als gleichwertig angenommenen Milch. Beim Erwachsenen wird im Rahmen einer Grundnahrung zuerst Milch eingeführt und dann durch den zu prüfenden Körper ersetzt und konstatiert, ob dadurch das Körpergewicht auf gleicher Höhe erhalten werden kann.

Für die chemischen Grundstoffe nimmt er folgende Nemwerte an:

Für 1 g Eiweiß in tierischen Produkten 6 n, in fein verteilten pflanzlichen Produkten 5 n, in groben (Brot, Hülsenfrüchte usw.) 4 n.

Für 1 g Fett: in Milch, Butter und Fett 13·5 n, in Fleisch und Fisch 13 n.

Für 1 g Kohlehydrat in groben pflanzlichen Produkten 5·5 n, sonst überall 6 n.

Die üblichen Nahrungsmittel für den erwachsenen Menschen (Wurst, Fleisch usw.) sind auf ihren Nemwert berechnet in Tabellen beigefügt.

Bei der Säuglingsernährung ist die Berechnung dadurch sehr einfach, als ja die Milch selbst das Grundmaß bildet. Alle Zusätze und Verdünnungen werden so zubereitet, daß sie zur Milch in einfachster Beziehung stehen. Die Zuckerlösung wird als „Gleichnahrung" gekocht: 170 g Rohrzucker in 1000 g Wasser gibt eine Flüssigkeit, die denselben Brennwert hat wie 1 Liter Milch.

Die Milchmischungen werden aus Mehl und Zucker hergestellt, da bloße Mehlabkochungen zu dick werden würden: Reisgleichnahrung (Reg) aus 60 g Reismehl und 117 g Rohrzucker, Weizenmehlgleichnahrung (Weg) aus 60 g Weizenmehl und 117 g Rohrzucker auf 1000 g Flüssigkeit.

Diese Gleichnahrungen werden mit gleichen Teilen Milch gemischt und heißen dann Kurog (Kuhmilch-Rohrzucker-Gleichnahrung) und Kuweg (Kuhmilch-Weizenmehl-Gleichnahrung).

Von der Mitte des ersten Lebensjahres an wird Brei dazu gegeben, und zwar als Doppelnahrung: Kuhmilch + Weizengrieß + Rohrzucker, insgesamt 1000 nem, eingekocht auf ½ Liter.

Bei Verdauungsstörungen wird Reis- oder Haferschleim verwendet (als Fünftelnahrung, Ref beziehungsweise Haf), 40 g Reis oder Hafermehl auf 1000 g Flüssigkeit.

II. *Sitzhöhe und Körpergewicht.*

Die Fragestellung war: Wie kann man bei der klinischen Untersuchung objektiv feststellen, ob

ein Kind eine seiner Größe, also seinem Skelett entsprechende Menge von Muskel und Fett besitzt?

Als zuverlässiges Maß ergab sich die Sitzhöhe, d. h. die Länge des sitzenden Rumpfes vom Scheitel gemessen bis zur Sitzfläche. Sie steht in engem Verhältnis zum Körpergewicht, da sie etwa gleich der dritten Wurzel aus dem zehnfachen Körpergewicht ist. Dieses Verhältnis bezeichnet der Verf. mit dem Namen „Gelidusi" (zehnfaches **Ge**wicht, **li**near, **du**rch **Si**tzhöhe). Z. B.:

	beim Fötus	beim Neugeborenen	beim 8jährigen	beim Erwachsenen
Zehnfaches Gewicht (Ge) .	3500	29000	223000	733000
Dritte Wurzel daraus (Geli)	15·2	30·7	60·5	90·1
Sitzhöhe in Zentimetern (Si)	17·0	32·0	66·0	93·0
Verhältnis Gelidusi . . .	89	96	92	97

Die Schwankungen des Gelidusi bewegen sich also für die einzelnen Altersklassen innerhalb gewisser ziemlich enger Grenzen. Gesunde Säuglinge zeigen z. B. ein Gelidusi zwischen 93 und 99. Alle Kinder unter Gelidusi 91 sind deutlich mager, während die fetten die Zahl 100 erreichen.

Bei Erwachsenen ist außer dem Fettpolster auch die Muskulatur zu berücksichtigen, welche eine Erhöhung des Index um etwa fünf Grade bewirkt. Die Mageren sind unter 95, die Fetten über 105.

Praktisch soll die Bestimmung des Gelidusi dazu dienen, einen etwaigen Wechsel im Ernährungszustande ein und desselben Menschen zum Ausdruck zu bringen. Bei Erwachsenen, die nicht mehr wachsen, würde dazu allerdings auch die Zu- oder Abnahme des Körpergewichtes ausreichen. Aber bei Kindern liegt die Sache anders, da sie in verhältnismäßig kurzen Zeiträumen erheblich wachsen können. Wenn z. B. bei einem Kinde von der 3. bis zur 27. Woche die Sitzhöhe von 35 auf 41 cm und das Körpergewicht von 3·3 auf 7·2 kg zunimmt, so meint der Verf., daß man sich daraus gar kein Bild von der Vermehrung des Fettpolsters machen könne, wohl aber, wenn man feststelle, daß sein Gelidusi von 92 auf 101 gestiegen sei.

III. *Die einzelnen Nahrungsstoffe.*

Die einzelnen Nahrungsstoffe teilt der Verf. ein in die Nahrungsbrennstoffe: Fett und Kohlehydrate, und die Nahrungsbaustoffe: Wasser, Salze, Eiweiß, Vitamine und Rauhnahrung (Zellulose).

Zwischen Fett und Kohlehydraten findet er keinen grundsätzlichen Unterschied. Er hält es für die Ernährung des Menschen für ziemlich gleichgültig, ob die Hauptmenge der Brennstoffe in Form von Fett oder von Kohlehydraten aufgenommen wird. Ein Fettminimum gibt es nach seiner Meinung für den Menschen nicht, ebensowenig, wie es für die Haustiere ein solches gibt. Er weist dabei auf die Gewohnheit hin, Kälber mit Magermilch aufzuziehen,

macht sich dabei allerdings selber den Einwand, daß man dieser Magermilch gewöhnlich fettreiche Samen zuzusetzen pflege und hätte auch erwähnen sollen, daß die Magermilch in solchen Fällen meist überhaupt nicht ganz fettfrei ist.

Beim Menschen hat er ähnliche dahingehende Versuche gemacht, indem er bei 4 Säuglingen statt der gewöhnlichen Milchmischung eine völlig fettfreie Magermilch verabfolgte, deren Brennstoffgehalt durch Rohrzuckerzusatz auf den normalen Milchwert gebracht worden war. Trotzdem diese fettlose Kost plötzlich und ohne allmählichen Übergang eingeschaltet wurde, konnte bei allen 4 Kindern kein Einfluß auf die Gewichtskurve, ja nicht einmal auf die Stuhlbildung festgestellt werden. Leider sind die Versuche nicht genauer wiedergegeben. Der einzige überhaupt angeführte Fall betrifft ein Kind von 18 Monaten, eigentlich keinen Säugling mehr. Ob er selber annimmt, mit diesen vier Versuchen die Frage des Fettminimums entschieden zu haben, ist nicht recht ersichtlich.

Die Größe des Verbrauches an Nahrungsbrennstoffen ist bekannt. Der Verf. hat sie auf das Nemsystem umgerechnet und gibt an, daß z. B. der Verbrauch eines Landes (Deutschland) vor dem Kriege sich pro Kopf und Tag auf: 507 nem = ½ Liter Milch, auf fast 1 kn an Rindfleisch, 2 kn Getreidemehl, ½ kn Kartoffeln und Schweinefleisch, $^1/_4$ kn Zucker, $^1/_{10}$ kn Obst, Hackfrüchte und Hülsenfrüchte belief. In Summa ergibt sich als Verbrauchsdurchschnitt in Deutschland pro Kopf und Tag 53 Hektonem, also der Wert von mehr als 5 Litern Milch. In derselben Weise sind die Verbrauchswerte für einzelne Städte, Familien und Personen berechnet und das Endergebnis ist, daß Männer bei mittlerer körperlicher Arbeit mit 45 hn, bei schwerer Arbeit mit 60 hn pro Kopf und Tag zu berechnen sind. Der mittlere Konsum an Nahrungsbrennstoffen einer in normaler Weise zusammengesetzten städtischen Bevölkerung kann mit 40 hn pro Kopf und Tag veranschlagt werden.

Von den Körperbaustoffen interessiert vor allem das Eiweiß. Ein Eiweißgehalt der menschlichen Nahrung von über 20% ist nach seiner Meinung überflüssig, ein solcher unter 10% ist unphysiologisch. In Tabellenform bringt er den Eiweißgehalt der hauptsächlichsten Nahrungsmittel, auf das Nemsystem umgerechnet (1 g Eiweiß hat einen Brennwert von 6 Nem.).

IV. *Ernährung nach der Darmfläche.*

Die heute geltende Betrachtungsweise beruht auf der Kalorienlehre. Die Wärmemenge, die das ruhende und hungernde Tier an die Außenwelt abgibt, ist der Ausgangspunkt aller Ernährungsphysiologie.

Es ist aber die Frage, ob diese Grundlage wirklich die geeignete ist, um physiologische Schlüsse daraus zu ziehen. Denn Hunger und Ruhe sind doch nur Ausnahmezustände für den lebenden Organismus. Auch nimmt dieser nicht dazu seine Nahrung auf, um Wärme abgeben zu können, sondern im Gegenteil: weil er Wärme überschüssig hat, gibt er welche ab. Die Quelle seiner Wärme ist

seine Nahrung und deshalb hält der Verf. es für gerechtfertigter, diese Nahrung in den Vordergrund der Betrachtungsweise zu stellen. Und so macht er denn zum Ausgangspunkt seiner Ernährungslehre nicht die Wärmeabgabe, sondern die Aufnahme verbrennungsfähiger Substanzen durch die Nahrung.

Die Größe der Nahrungsaufnahme ist beim Menschen sehr wechselnd. Ein Fußballspieler nimmt 86 Hektonem (= 8½ Liter Milch) und ein Kopfarbeiter nur 33 Hektonem auf. Dieser braucht seine Nahrung nur zur „inneren" Arbeit, jener leistet darüber hinaus noch „äußere" Arbeit und braucht daher einen „Nahrungsüberschuß". Diesen Nahrungsüberschuß braucht auch der Säugling, allerdings nicht für „äußere" Arbeit, sondern für sein Wachstum.

Die Resorption der Nahrung erfolgt nun im Verhältnisse zur Fläche des Darmkanals, letzteren vom Pylorus bis zum Anus gerechnet. Um diese Darmoberfläche zu berechnen, macht er folgende Überlegungen:

Die Länge des Darmkanals ist bekannt und beträgt im Mittel 8·7 m. Diese Zahl hat Beziehungen zur Sitzhöhe des Menschen: der Darm ist durchschnittlich 870 cm lang und die Sitzhöhe beträgt durchschnittlich (beim Erwachsenen) 84·6 cm. Der Darm ist also zehnmal so lang als die Sitzhöhe.

Dasselbe Verhältnis gilt für Kinder: bei Neugeborenen schwankt die Darmlänge zwischen 319 und 450 cm, die Sitzhöhe ist = 33·8 cm. Das Verhältnis Sitzhöhe zu Darmlänge ist also wieder gleich 1 : 10. Bei Kindern im ersten Lebensjahre schwankt das Verhältnis zwischen 1 : 12·3—10·5, bei älteren Kindern (bis zu 10 Jahren) zwischen 1 : 8·7—11.

Für die Darmoberfläche des Erwachsenen nimmt er gemäß den Befunden der Anatomen an, daß sie eine Größe von 5000 cm^2 beim ruhenden, von 10.000 cm^2 beim geblähten, und im Durchschnitte von 7500 cm^2 bei dem in mittlerer Füllung befindlichen Darm habe.

Nachdem nun Länge und Oberfläche bekannt sind, berechnet er daraus die Breite des Darmes auf durchschnittlich 8·6 cm.

Vergleicht man diese Zahlen, so ergibt sich, daß die Breite des Darmes = $^1/_{100}$ der Länge, und die Oberfläche = $^1/_{100}$ des Quadrates der Länge ist.

Die Darmlänge läßt sich aber aus der Sitzhöhe berechnen: sie ist — wie oben angegeben — gleich dem zehnfachen der Sitzhöhe. Also ist die Darmbreite = $^1/_{10}$ der Sitzhöhe. Und die Darmfläche ist dann wieder ungefähr gleich dem Produkte der zehnfachen Sitzhöhe mit dem Zehntel der Sitzhöhe, also ungefähr gleich dem Quadrate der Sitzhöhe:

$$\text{Darmfläche} = 10\ Si \times (Si : 10) = Si^2.$$

Auf diese Weise flächenhaft dargestellt, vollzieht sich die Verdauung so, daß sie — in Konsistenz und Nährwert der Milch

gleichgesetzt — aus dem Pylorus heraus auf das Darmfell fließt wie auf ein in einem Rahmen (dessen Seiten der Sitzhöhe des betreffenden Menschen entsprechen) gespanntes Filter.

Um diese Überlegungen und Berechnungen nun für die Praxis verwendbar zu machen, muß man das Verhältnis der an einem Tage aufgenommenen Nahrungsmenge zu der resorbierenden Darmfläche feststellen. Wie man das macht, erläutert am besten ein Beispiel:

Eine Frühgeburt von 1600 g trinkt am Tage 240 g Milch und hält sich dabei etwa auf demselben Körpergewicht. Ihre Sitzhöhe beträgt 26·5 cm. Die Darmlänge ist demnach = 26·5 cm und die Darmbreite = 2·65 cm. Die resorbierende Darmfläche ist dann = 2·65 × 265 = 700 cm². Diese 700 cm² bewältigen in 24 Stunden 240 g Milch, 1 cm² also 0·343 g Milch, rund $^3/_{10}$ g Milch. Dabei bestand Gewichtsstillstand.

In der nächsten Periode betrug die Sitzhöhe = 27·5 cm, die Darmlänge 275 cm, die Darmbreite = 2·75 cm, die Darmoberfläche = 757 cm². Das Kind trank jetzt 360 g Milch, mithin kamen auf jeden Quadratzentimeter Darmfläche 0·475, d. h. rund $^5/_{10}$ g Milch. Bei diesem Werte bestand eine tägliche Gewichtszunahme von 19 g am Tage.

Später trank dasselbe Kind 420 g Milch und hatte eine Sitzhöhe von 30 cm. Auf 1 cm² Darmfläche entfielen wieder rund $^5/_{10}$ g Milch. Dabei bestand wieder Zunahme von 16 g am Tage.

An weiteren Beispielen zeigt der Verf., daß auch bei künstlicher Ernährung des Säuglings, ebenso bei älteren Kindern und bei Erwachsenen durchschnittlich immer ein Wert von 0·5—0·6 g Milch auf je 1 cm² Darmfläche als normale Nahrungsmenge kommt.

Da er als Maß der Darmfläche das Quadrat der Sitzhöhe (Siqua) annimmt, so ist also das Ergebnis, daß (in seiner Namengebung ausgedrückt) auf den Quadratmeter Siqua 0·646 Nem oder rund $^1/_{10}$ Nem entfallen.

Im besonderen formuliert er seine Ernährungsleitsätze etwa wie folgt: Die größte Menge von Nahrung, die der Mensch dauernd aufzunehmen imstande ist, ist ungefähr der Nahrungswert von 1 g Milch pro Quadratzentimeter der Darmfläche (Maximum).

Die Nahrungsmenge, die der Mensch aufnehmen muß, um bei Bettruhe sein Gleichgewicht aufrecht zu erhalten, beträgt mindestens $^3/_{10}$ Nem pro Quadratzentimeter Darmfläche (Minimum).

Zwischen diesen beiden Extremen liegt das Optimum.

Da die Darmfläche dem Quadrat der Sitzhöhe (Siqua) gleichzusetzen ist, so beträgt das Nahrungsminimum also $^3/_{10}$ Siqua, das Maximum $^{10}/_{10}$ Siqua. Was das Optimum anbetrifft, so würde es bei einem Schwerarbeiter, dessen Körperkraft voll ausgenutzt werden soll, mit dem Maximum zusammenfallen, während bei einem Typhuskranken, bei dem nur die Abmagerung verhindert werden soll, das Optimum mit dem Minimum zusammenfallen würde.

In den meisten Fällen der Praxis liegt das Optimum zwischen $^1/_{10}$ und $^7/_{10}$ Siqua, unser Darm verzehrt also $^1/_{10}$—$^4/_{10}$ Siqua mehr als erforderlich für bloße innere Arbeit. Dieser Überschuß dient der körperlichen Bewegung oder dem Ansatze.

Der Säugling in den ersten Lebensmonaten hat bei $^5/_{10}$ Siqua sein Optimum und verwendet den Überschuß von $^2/_{10}$ Siqua haupt-

sächlich zum Ansatz, d. h. zum Längenwachstum und zur Fettvermehrung.

Das Kind im zweiten Lebensjahre braucht etwa $^{6}/_{10}$, von seinem Überschusse entfällt etwa $^{1}/_{10}$ auf Ansatz und $^{2}/_{10}$ auf Bewegung, nämlich auf die anstrengenden Anfänge des Gehens und Stehens.

Bei älteren Kindern geht der Bedarf bis auf $^{7}/_{10}$ Siqua hinauf, wovon wenig auf den Ansatz, aber etwa $^{3}/_{10}$ Siqua auf Bewegung entfällt. Nach der Pubertät tritt, besonders bei Frauen, eine Verminderung der Nahrungsmenge ein, wenn nicht Gravidität oder Laktation eine hohe Ernährung fordern. Gewöhnlich genügen $^{4}/_{10}$—$^{5}/_{10}$ Siqua.

Der erwachsene, körperlich schwer arbeitende Mann braucht $^{6}/_{10}$—$^{8}/_{10}$, ausnahmsweise $^{10}/_{10}$ Siqua.

V. *Tafel zur Ernährung des Menschen.*

VI. *Tafeln für den Einkauf von Nahrungsbrennstoff und Nahrungseiweiß.*

Die Fülle von neuen Namen und Zahlen hat den Verf. veranlaßt, eine möglichst einfache und übersichtliche Zusammenstellung des ganzen Zahlenmaterials zu schaffen. Das ist in drei Tafeln geschehen, die (auf Pappe aufgezogen, für 2·40 Mk.) auch einzeln zu kaufen sind (bei Springer, Berlin). Die erste, Ernährung des Menschen betitelt, bringt die Zusammenstellung der Tagesnahrung für Menschen jedes Alters.

Die zweite, Einkauf von Nahrungsbrennstoff, hilft die jeweiligen Marktpreise der Nahrungsmittel mit ihrem Nährwert zu vergleichen und die jeweilig preiswürdigsten Nahrungsmittel auszusuchen.

Die dritte, Einkauf von Nahrungseiweiß, bringt die Preisübersicht beim Einkauf eiweißhaltiger Nahrungsmittel im besonderen.

Die Tafeln sind mit großem Geschick erfunden und machen das Zurechtfinden in dem neuen System in der Tat recht leicht.

VII. *Körpergewicht und Darmfläche.*

Bisher hatte der Verf. die Darmfläche in Beziehung zur Sitzhöhe gebracht. Jetzt bringt er sie mit dem Körpergewicht in Zusammenhang, indem er feststellt, daß beim muskelkräftigen Erwachsenen und beim fetten Säugling die Darmfläche ungefähr gleich ist der zweiten Potenz der dritten Wurzel des zehnfachen, in Gramm angegebenen, Körpergewichtes. Siqua und Gequa sind gleich. (Siqua bedeutet: Sitzhöhe quadratisch, Gequa ist gebildet aus Gi = Gewicht, Ge = zehnfachem Gewicht, qua = quadratisch, Gequa also = zehnfaches Gewicht quadratisch.)

Beim abgemagerten Menschen stimmt diese Rechnung allerdings nicht. Denn, wenn ein Mann ein Gewicht von 73 kg und eine Sitzhöhe von 90 cm hat, so ist seine Darmfläche = 8100 cm^2. Magert er um 20 kg ab, so wird seine Darmfläche darum nicht kleiner und seine Sitzhöhe nicht geringer. Würde man aber seine Darm-

fläche jetzt aus dem Gewicht berechnen, so erhielte man nur einen Wert von 6540 cm^2 für dieselbe. Und umgekehrt ist es, wenn derselbe Mann zu seinem Normalgewicht 20 kg ansetzte. Sitzhöhe und Darmfläche würden sich in Wirklichkeit nicht verändern, aber nach dem Körpergewicht berechnet, wäre jetzt die Darmfläche = 9500 cm^2.

„Diese Rechnung ist also ungenau. Etwas ungenauer als die Bestimmung aus der Sitzhöhe. Aber erinnern wir uns, daß auch diese ungenau ist, daß auch hier zwischen dem ausgedehnten Darm und dem ungedehnten Darm ein recht willkürliches Mittel gewählt wurde, und erinnern wir uns, daß eine vollständige Exaktheit in der Ernährungsphysiologie unfruchtbar, ja gar nicht durchzuführen ist."

Es ist in der Tat bewundernswürdig, mit wie großen Ungenauigkeiten der Verf. arbeitet und wie er trotzdem (oder auch vielleicht gerade deswegen) zu Zahlen kommt, die in sein System passen.

Er nimmt also jedesfalls trotz dieser Ungenauigkeit an, daß bei allen Menschen das Gewicht gleich dem zehnfachen Kubus der Sitzhöhe sei und dementsprechend die Darmfläche sich aus der Zweidrittelpotenz des zehnfachen Gewichtes ergebe. Und er überträgt diese Annahme auch auf alle Säugetiere. Er berechnet z. B. für eine Ratte von 181 g Körpergewicht und einer Tagesnahrung von 58 nem, daß auf jedes Quadratzentimeter ihrer Darmfläche 0·392 N an Nahrung komme und daß bei einem Ochsen von 632.100 g Körpergewicht und 15.200 g N 0·445 N, bei beiden Tieren also rund 0·4 Nem auf 1 cm^3 Darmfläche komme. Trotzdem der Ochse 3500mal soviel wiegt und 261mal soviel frißt als die Ratte, kommen bei beiden auf den Quadratzentimeter Darmfläche doch nur die gleichen Nahrungsmengen.

Er wirft dann noch einen Rückblick auf das Energiegesetz Rubners, das wie das seinige ja auch von einer Flächenberechnung ausgeht, nur mit dem Unterschiede, daß Rubner die Wärmeabgabe von der äußeren Hautoberfläche zur Grundlage seiner Lehre nimmt, während der Verf. die Aufnahme von Nahrungsbrennstoff durch die innere Oberfläche wählt. Rubner berechnet dabei die Hautoberfläche nach der Vierordt-Meehschen Formel, der Verf. hingegen findet die Darmfläche vermittels seiner Annäherungsformel Gequa = $(10\ Gewicht)^{2/3}$. Zwischen beiden bestehen folgende Beziehungen:

Hautfläche Vierordt-Meeh = $12{\cdot}3\ Ge^{2/3}$.
Darmfläche Gequa . . . . . = $(10\ Ge)^{2/3}$.

Die beiden verhalten sich zueinander wie 264 : 100, d. h. die Hautoberfläche des Menschen ist ungefähr 2½mal so groß als seine Darmfläche. Aus der letzteren läßt sich die Hautfläche durch Multiplizieren mit 2·65 berechnen und aus der Hautfläche die Darmfläche durch Division mit dieser Zahl oder durch Multiplikation mit 0·378.

Hinsichtlich ihres Wertes steht die Berechnung aus der Darmfläche „Gequa" der Berechnung aus der Oberfläche nicht nach: „beide sind ungefähr gleich ungenau".

VIII. *Der Nährwert des Fleisches.*

Dem Nährwerte des Fleisches ist ein besonderes Kapitel gewidmet, da es sehr weitgehende Abweichungen zeigt und das Augenmaß der Schätzung dabei in Stich läßt. Der Nährwert des Fleisches wird hauptsächlich vom Fett und vom Eiweiß ausgemacht. Wenn sich Fett einlagert, so geschieht das zu vier Fünftel auf Kosten des Wassers und zu ein Fünftel auf Kosten des Eiweißes.

Die Bestimmung des Eiweißgehaltes nach Kjeldahl mit Umrechnung des gefundenen Stickstoffes ist ihm zu ungenau und so greift er auch hier zu der von ihm beliebten (und man darf wohl hinzufügen: von ihm zur Meisterschaft ausgebildeten) Methode der zeichnerischen Darstellung. Zu diesem Zwecke trägt er 157 Analysen des Rindfleisches (aus König entnommen) in eine Tafel ein und findet, daß die größte Anzahl der Analysenwerte sich bei 19 bis 24% für Eiweiß und bei 10% für Fett befindet. Völlig fettloses Fleisch hat einen durchschnittlichen Eiweißgehalt von 22%. Bei hohem Fettgehalt (70%) wird der Wert für Eiweiß auf 8% herabgedrückt. D. h.: bei Vermehrung des Fettgehaltes um je 5% wird der Eiweißgehalt um 1% herabgesetzt. Kennt man den Fettgehalt, so kann man den Eiweißgehalt berechnen. Ebenso läßt sich, wenn man die Summe beider kennt, das Verhältnis bestimmen, in dem beide Körper zueinander stehen. Dazu bedarf es nur der Kenntnis der Trockensubstanz.

Diese besteht aus dreierlei: der Asche, dem Fett und dem Eiweiß. Die Asche hat beim Fleisch eine so gleichmäßige Zusammensetzung, daß sie mit 1% einheitlich angenommen werden kann. Man kommt dann auf folgende Rechnung:

$$\text{Trockensubstanz } T = \text{Eiweiß } E + \text{Fett } F + \text{Asche } A$$
$$= E + F + 1.$$

Eiweiß und Fett stehen nun, wie erwähnt, in folgendem Verhältnis:

$$\text{Eiweiß in Prozent} = 22 - \frac{\text{Fett}}{5}.$$

In obige Gleichung eingesetzt:

$$T = 22 - \frac{\text{Fett}}{5} + \text{Fett} + 1 = 28 + 0{\cdot}8 \text{ Fett}.$$

$$\text{Fett ist also} = 1{\cdot}25 \text{ (Trockensubstanz} - 23)$$
$$= 1{\cdot}25 . T - 28{\cdot}75.$$

Es interessiert hier aber weniger der Fettwert als vielmehr der Nemwert. Da 1 g Fett mit 13·5 und 1 g Eiweiß mit 6 Nem angesetzt wird, so ergibt sich, daß der Nemwert von 100 g frischem Fleisch gleich der Trockensubstanz mal 15·4—222 g ist. Diese Berechnung ergibt einen bis auf 10% genauen Wert.

Die Bestimmung der Trockensubstanz erfolgt in einem von ihm besonders angegebenen Trockenapparat. In praxi wird die Trockensubstanz durch Trocknung von 10 g oder auch nur 1 g

frischen Fleisches festgestellt. Die Ablesung von Nemwert, Fettgehalt, Hektonemgröße und Eiweißverhältnis geschieht nach einer Tabelle.

Bei Fischfleisch, das in seiner Zusammensetzung viel größere Schwankungen zeigt als das Rindfleisch, wird nach derselben Methode ein Eiweißgehalt von 18·8% berechnet und alles, was in der Trockensubstanz über 20% liegt, wird als Fett aufgefaßt. Der Nemwert wird ebenfalls aus der Trockensubstanz berechnet unter Zugrundelegung der Formel: Nemwert von 100 g = 13·5. Trockensubstanz — 157.

Ebenso hoch schätzt er den Nemwert des Innern (Leber, Herz, Lunge usw.).

IX. *Über den Nahrungswert der Milch und seine Bestimmung aus der Trockensubstanz.*

In derselben Weise, wie er es beim Fleisch gemacht hatte, bestimmte der Verf. auch bei der Milch den Gehalt an Trockensubstanz und Fett: Er trug wieder auf einer Tafel die in diesem Falle viel zahlreicheren Analysenwerte der Milch (nach König) ein und fand, daß der Gehalt an Trockensubstanz zwischen 9·4 und 18·2% und der Gehalt an Fett zwischen 1·4 und 8·6% lag. Die Durchschnittsziffer für den Fettgehalt betrug 37% und die für den Trockengehalt 9 und 9·2%.

In der gleichen Weise bestimmte er auch die entsprechenden Werte für Frauen-, Stuten-, Eselinnen- usw. Milch. Für alle lautete die Formel für die Trockensubstanz in 100 g Milch: 7·5 + 1·5 Fettgehalt.

Um nun den Nemwert, auf den es ihm für die Praxis hauptsächlich ankommt, zu finden, gibt er verschiedene Wege an. Am bequemsten findet man ihn, wenn man den Fettgehalt nach der Gerberschen Methode bestimmt und die Bestimmung der Trockensubstanz anschließt, wozu man, wenn man ganz exakt sein will, noch die Bestimmung des Aschegaehltes fügen kann. In diesem Falle berechnet sich der Nemwert nach einer Formel, die besagt, daß er gleich ist dem sechsfachen von Trockensubstanz minus Asche, vermehrt um den 7·5fachen Fettgehalt (Nw = 6 T + 7·5 F — 6 A).

Der Aschegehalt spielt aber bei der Bestimmung keine so wesentliche Rolle, daß sich eine Veraschung lohnte. In der Frauenmilch z. B. schwankt er zwischen 0·1 und 0·5%. Man begeht also keinen großen Fehler, wenn man ein für allemal den durchschnittlichen Aschengehalt einsetzt. Die Formel würde dann lauten:

für Frauenmilch = Nw = 6 T + 7·5 F — 2;
für Kuhmilch . = Nw = 6 T + 7·5 F — 4.

Auch aus dem Fettgehalt allein läßt sich der Nemwert berechnen. Denn es hat sich gezeigt, daß die Trockensubstanz eine ziemlich konstante Größe ist. Wenn man den Aschegehalt wegläßt, so bleibt für Eiweiß und Milchzucker ein Durchschnitt von

8·3% übrig. Das würde einem Nemwert von 50 Nem in 100 g entsprechen. Man hat dann nur nötig, an Stelle der Trockensubstanz diesen Wert einzusetzen und bekommt dann die Formel: Nemwert = 50 + 13·5 Fett.

Anderseits kann man aber auch wieder die Trockensubstanz bestimmen und aus ihr den Nemwert bestimmen. Die Formel lautet in diesem Falle:

für Frauenmilch Nemwert = 13·5 Tr — 67;
für Kuhmilch . . . . . = 13·5 Tr — 72.

Schließlich bleibt noch eine andere Berechnungsweise übrig, nämlich aus der Trockensubstanz nach dem Gesetze: T = 7·5 + 1·5 F.

Dieses Gesetz ist aus dem Vergleiche von Trockensubstanz und Fett in den verschiedenen Milcharten abgeleitet und besagt, daß der fettfreie Anteil der Trockensubstanz bei fettloser Milch nicht unter 7·5% sinkt und daß er beim Ansteigen des Fettes ebenfalls ansteigt, und zwar um die Hälfte der Zunahme an Fett. Daraus leitet sich die obige Formel T = 7·5 + 3/2 Fett ab, und unter Benutzung dieses Wertes ist dann eine Berechnung des Nemwertes aus der Trockensubstanz möglich, und zwar nach der Formel Nw = 11 T — 40. Birk (Kiel).

v. Pirquet und **Apotheker Dr. Wölfel.** *Milchsalze.* (Zeitschr. f. Kinderheilk., Bd. XVII, 1917, S. 141.)

Kuhmilch zu gleichen Teilen mit Zuckerlösung verdünnt, weist gegenüber der Frauenmilch einen Überschuß an Salzen auf. Bei Verdünnung mit zwei Teilen Milch hingegen entsteht ein gewisser Mangel an Kalium und Chlor, dem ein Überschuß an Kalk und an Phosphorsäure gegenübersteht. Um nun eine Annäherung an den Salzgehalt der Frauenmilch für diese Mischung herbeizuführen, schufen die Verff. folgendes Gemisch, das sie als Nemsalz (Nahrungs-Einheit-Milch-Salz) bezeichnen:

Rp.	Natr. chlorat.	30·0
	Kal. chlorat..	110·0
	Calc. glycer. phosphor. . . .	170·0
	Magnes. lakt.	50·0
	Ferr. glyc. phosphor.	10·0

Misce, div. in dos. Nr. 100. Da in Chart. cer.
Signa: Nemsalz für je 1 Liter Flüssigkeit.

Diese Salzlösung ist gut löslich, gut verträglich, ihr Nutzen aber bisher nicht erwiesen. Birk (Kiel).

A. Hirsc hund E. Moro. *Untersuchungen über alimentäres Fieber.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXVI, S. 341—362.)

Bei Verabreichung von 3 g Kochsalz, in 100 cm³ Wasser gelöst, an Säuglinge und ältere Kinder kam es unter 52 Versuchen 33mal zu Erhöhung der Körperwärme. Bei Säuglingen aus dem ersten Lebensvierteljahr waren von 16 Versuchen 12 erfolgreich, bei Kindern

im Alter von 3 Monaten bis 1 Jahr von 20 Versuchen 11 und bei älteren Kindern unter 16 Versuchen 10. Der Eintritt der Temperatursteigerung ist unabhängig von der Beschaffenheit des Stuhles und dem Verhalten des Gewichtes. Im Anschluß an die Salzdarreichung entwickelten sich mehrmals Erkrankungen der Luftröhren oder der Lungen. Ebenso kam es bei tuberkulösen Kindern zu längerdauerndem hohem Fieber. Im Harn wurde häufig Traubenzucker ausgeschieden. Bei Einspritzung von Salzlösung in die Vene oder unter die Haut kam es bei sorgfältiger Ausschaltung des Wasserfehlers in einzelnen Fällen auch zu fieberhafter Steigerung der Körperwärme. Auch dabei wurde Traubenzucker im Harn ausgeschieden. Bei gleichzeitiger Verabreichung von Molke und Milchzucker an Säuglinge kam es unter 25 Versuchen an 17 Säuglingen bei 6 Säuglingen 8mal zu deutlicher fieberhafter Temperaturerhöhung. Dies „Molkenzuckerfieber" trat auch bei fettfreier Molke auf, blieb dagegen aus bei Verwendung eiweißfreier Molke. Das Molkenzuckerfieber ist also kein Salzfieber; es geht im Gegensatze zu diesem mit Laktosurie einher und ist ausnahmslos mit heftigen Durchfällen verbunden. Die zur Voraussetzung Verf. betonen, daß sie sich darüber klar sind, daß sie sich bei ihren Versuchen auf toxikologischem Boden befinden. Nach Ansicht des Berichterstatters ist es nur im Tierversuch erlaubt, diesen Boden zu betreten. H. Vogt.

Wachstum und Stoffwechsel.

J. Howland und **K. Stolte.** *Die Bedeutung von Eiweißzulagen beim Säugling.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXVIII, S. 85—97.)

Zulage von reinem Kasein in einer Menge, die den Stickstoffgehalt der Nahrung reichlich verdoppelte, führte zu schnellem Ansteigen des Körpergewichtes. Die Resorption war vollständig, es wurden Eiweiß, Kalium, Natrium, Chlor und Wasser angesetzt. Im Gegensatz dazu ging der Kalkansatz stark zurück, offenbar infolge vermehrter Bildung anorganischer Säuren. H. Vogt.

G. Fuhge. *Eine Stoffwechseluntersuchung an Kindern im Alter von 6—14 Jahren im dritten Kriegsjahre.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXVIII, S. 43—59.)

Die Versuche erstreckten sich auf die Beobachtung des Stoffwechsels von 7 gesunden Knaben, von denen 3 im Alter von 6—8 Jahren, die übrigen im Alter von 11—14 Jahren standen. Die Nahrung während des Versuches bestand in der gewöhnlichen zu der Zeit verabreichten Anstaltskost. Die durchschnittliche Kalorienaufnahme betrug bei den jüngeren Kindern 56·32 und bei den älteren 45·19 Kalorien auf das Kilogramm Körpergewicht. Bei einer Aufnahme von 1·6 beziehungsweise 1·29 g Eiweiß, 0·596 beziehungsweise 0·48 g Fett und 10·77 beziehungsweise 8·64 g Kohlehydrat auf das Kilogramm Körpergewicht, wobei die Kohlehydrate fast 88% der Kalorien aus eiweißfreier Nahrung lieferten, war mit einer Aus-

nahme der Stickstoffbedarf der Kinder nicht voll gedeckt, sie gaben kleine Mengen vom Körper ab. Das hatte seinen Grund offenbar in dem zu geringen Kaloriengehalt der fettarmen Kost. Daneben ist zu berücksichtigen, daß es sich durchweg um körperlich zurückgebliebene Kinder handelte. H. Vogt.

B. Ricklin. *Der Kalk- und Phosphorsäurestoffwechsel bei einem Falle von Rachitis tarda.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXVI, S. 373 bis 389.)

Verf. berichtet über den Stoffwechsel eines 14¾jährigen Knaben, der sich in der ersten Kindheit regelrecht entwickelt hatte, im Alter von 12 Jahren an Schmerzen in den Beinen, an Gehstörung, Schwäche der Hand- und Fingermuskeln erkrankt war und hochgradige X-Beine aufwies sowie Epiphysenverdickung an Vorderarmen und Knöcheln. Im Röntgenbild erscheinen die Knochen atrophisch, die Spongiosa grobmaschig, die Epiphysenfugen verbreitert und unregelmäßig. Bei gemischter Kost wurden in fünftägigen Versuchen 1·126 und 1·150 g CaO und 1·38 und 1·703 g P_2O_5 angesetzt. Unter dem Einfluß von Phosphorlebertran wurde der Kalkansatz auf 1·831 und 1·832, der Phosphorsäureansatz auf 3·075 und 6·14 g gesteigert und bei gleichzeitiger Verabreichung von Lebertran und Kalkphosphat auf 4·506 und 4·015 beziehungsweise 9·476 und 10·442 g. Unter dieser Behandlung kam es zu erheblicher Besserung des Allgemeinzustandes wie des Röntgenbefundes. H. Vogt.

Karl Stuhl. *Messungen und Beobachtungen beim ärztlichen Dienst auf Schulschiffen.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXVII, S. 159—170.)

Verf. hatte Gelegenheit, Beobachtungen auf zwei Schulschiffen anzustellen, deren eines Schiffsjungen ausbildet, die überwiegend aus Arbeiter- und Handwerkerkreisen und aus der Landbevölkerung stammen, während die des anderen Schiffes meist unmittelbar von höheren Schulen kommen. Die letzteren stellten etwa dreimal soviel Revierkranke als die ersteren. Die aus bemittelten Bevölkerungsschichten stammenden Schiffsjungen büßten in den ersten Wochen des Lebens an Bord in größerer Anzahl an Länge ein und die Leichtmatrosen, die bereits 14 Monate an Bord waren, hatten nur eine Längenzunahme von 1·6 cm aufzuweisen. Die Abnahme an Länge ist offenbar die Folge der körperlichen Anstrengung und Ermüdung. Dagegen nahm bei allen Knaben der Brustumfang zu, auch bei solchen, die erheblich an Körpergewicht eingebüßt hatten. Die an körperliche Arbeit schon vor der Einstellung gewöhnten Schiffsjungen erfuhren in der Mehrzahl an Bord keine Verringerung der Körperlänge und nahmen besser an Körpergewicht zu. H. Vogt.

Infektionskrankheiten.

H. Kleinschmidt. *Zur spezifischen Therapie und Prophylaxe der Diphtherie.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXVI, S. 263—293.)

Das im Pasteurschen Institut hergestellte Rouxsche Diphtherieserum unterscheidet sich in mehrfacher Beziehung von dem bei uns verwendeten. Besonderen Wert legen die Franzosen auf die antibakterielle Wirksamkeit ihres Serums. Zu deren Bestimmung werden Meerschweinchen mit wechselnden Mengen Serum vorbehandelt und nach 12 Stunden mit einer Kulturmenge geimpft, die ein gleichschweres Tier in 30 Stunden zu töten vermag. Da auf diesem Wege wahrscheinlich der Antitoxingehalt und nicht die antibakterielle Wirksamkeit ermittelt wird, auch sichere klinische Beweise für die Überlegenheit des antibakteriellen Serums bisher nicht vorliegen, stellte Verf. eigene Versuche an. Dabei zeigte sich kein greifbarer Unterschied, insbesondere wurden die mit dem antibakteriellen Serum behandelten Kinder keineswegs schneller bazillenfrei als die anderen. Mit einem von Ruppel hergestellten gereinigten Diphtherieserum, welches das auf elektromotorischem Wege gewonnene reine antitoxische Eiweiß in Karbol-Kochsalz-Lösung enthalten soll, werden an 100 Diphtheriefällen gute Erfolge erhalten. Mit Behrings Diphtherieimmunserum, das eine fünfmal geringere anaphylaktische Giftigkeit als das 400fache Diphtherieserum haben sollte, kam es bei Benutzung zur Behandlung von Diphtherie zu einer Verminderung der Fälle von Serumkrankheit auf etwa die Hälfte der zu erwartenden, eine Wirkung, die der schwierigen und kostspieligen Herstellung nicht entspricht. Durch Behandlung mit Providoform (Tribrom-Naphthol) gelang es nicht, die Diphtheriebazillen schneller zum Verschwinden zu bringen. Eine gewisse Wirksamkeit in dieser Richtung schien das Eucupin (Isoamylhydrocuprein) zu haben, doch muß nach wie vor die Mehrzahl der Kinder nach überstandener Diphtherie als Bazillenträger nach Haus entlassen werden. Die Überwachung der Genesenen hat nicht den ihr zugeschriebenen entscheidenden Einfluß auf die Ausbreitung der Erkrankung, da die meisten Häufungsfälle in die ersten 6 Krankheitstage fallen. Wichtiger ist die Schutzimpfung der Geschwister und Spielgefährten. Sie ergab an 650 in 3 Jahren behandelten Fällen nur 2 Erkrankungen innerhalb der ersten 3 Wochen. H. Vogt.

Karl Wittmaack. *Studien an Diphtheriebazillenträgern.* (Beiträge z. Klinik d. Infektionskrankh., Bd. IV, S. 179—195.)

An 40 Diphtheriebazillenträgern angestellte Untersuchungen ergaben, daß der Hauptsitz der Bazillen abgesehen von den Tonsillen in der Nase zu suchen ist. Ausschließlich befallen war der Nasenrachenraum dagegen nur einmal. Die Bazillen hielten sich nur in einem Falle über die achte Woche hinaus. In Fällen, wo sich die Bazillen lange hielten, war fast regelmäßig chronische Erkrankung der betreffenden Gegend festzustellen, wie chronische atrophische Rhinitis, ungewöhnlich große, mit Lakunen stark durchsetzte Ton-

sillen u. a. Im Beginn des Bazillenträgertums fanden sich in 14 Fällen akut entzündliche Veränderungen, und zwar vorzugsweise am Rachendache. Von den chronischen Veränderungen ist ohneweiters anzunehmen, daß sie günstige Bedingungen für das Haften der Bazillen setzen. Akut entzündliche Veränderungen der Schleimhaut begünstigen das Eindringen der Bazillen in die Lymphbahnen des Nasenrachenraumes. Werden sie von hier aus, wie das für Tusche nachgewiesen ist, in die Tonsillen befördert und aus diesen auf die Schleimhaut ausgeschieden, so kann es verständlich erscheinen, wenn sie noch spät hier angetroffen werden. H. Vogt.

Th. Gött, München. *Über Frühzeichen der postdiphtherischen Lähmung.* (Münchener med. Wochenschr., 1918, Nr. 25.)

Der postdiphtherischen Lähmung gehen sehr häufig Steigerungen der Reflexerregbarkeit im Fazialis und den Kniesehnen voraus. Das Fazialisphänomen ist auch sehr häufig Begleiterscheinung anderer Diphtherielähmungen und ist gleichzeitig mit diesen nachweisbar. Zu anschließender Parese des Fazialis kommt es nur selten. Der Kniesehnenreflex, der bei der Diphtherielähmung so häufig verschwindet und noch lange Zeit nach Rückgang der anderen Lähmungserscheinungen fehlt, ist gewöhnlich bei Beginn der Lähmung, bevor er schwerer auslösbar wird, deutlich gesteigert. Beide Erscheinungen sind als Reizerscheinungen am Nerven, bedingt durch das Diphtheriegift, aufzufassen und daher Vorstufen und Frühsymptome der Lähmung. Als solche sind sie auch von praktischer Bedeutung. Es muß im übrigen der Reflexsteigerung nicht immer eine Lähmung folgen, sehr oft verschwinden Fazialisphänomen und Steigerung der Kniesehnenreflexe, ohne daß es zu Lähmungserscheinungen gekommen wäre. Sachs (Leipzig).

Johann Borchgrevink. *Beschleunigt die Serumbehandlung die Abstoßung des Diphtheriebelages?* (Beiträge z. Klinik d. Infektionskrankheiten, Bd. IV, S. 385—403.)

Die von W. Meinshausen aus Hamburger Beobachtungen abgeleitete Anschauung, daß Serumbehandlung die Abstoßung des Belages bei der Diphtherie nicht beschleunigt, erscheint Borchgrevink nicht bewiesen. Er liest aus Meinshausens Zahlen heraus, daß bei mittelschweren und schweren Fällen die Reinigung des Rachens von Belag nach Serumbehandlung 2 Tage früher erfolgt als bei den nicht mit Serum behandelten Fällen. Aus den in Kristiania angestellten Beobachtungen geht seiner Ansicht nach hervor, daß Serumbehandlung günstig auf die Abstoßung des Belages wirkt. Doch muß er selbst zugeben, daß dieser Schluß nicht zwingend ist, weil seine ohne Serum behandelten Fälle aus den Jahren 1893/94 und die übrigen aus der Zeit von 1912/1913 stammen. H. Vogt.

J. Widowitz. *Über Erkrankungen von Wohnungsgenossen bei Diphtherie und Scharlach.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXVIII, S. 142—143.)

Beobachtungen in der Privatpraxis ergaben, daß bei Diphtherie von 282 mitwohnenden Kindern im ganzen etwa 6% angesteckt wurden, bei Scharlach von 493 mitwohnenden Kindern etwa 6·9%. Dabei ist aber zu berücksichtigen, daß Verf. in Fällen von Diphtherie sich damit begnügt hat, eine Absonderung der Gesunden in der Wohnung durchzuführen, bei Scharlach dagegen die Entfernung der mitwohnenden Kinder aus dem Hause auf die Dauer von mindestens 6 Wochen verlangt hat. H. Vogt.

Eduard Einstoß. *Über Scharlachrezidive.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXVII, S. 234—253.)

Zwei Kinder, die im Krankenhaus einen Scharlach durchgemacht hatten, erkrankten 4½ und 5 Wochen nach Ablauf der Erkrankung von neuem an Scharlach, und zwar 5 beziehungsweise 15 Tage, nachdem ein neuer schwerer Scharlachfall in das Krankenzimmer gekommen war. Die Frage, ob es sich um Rezidive oder um Neuansteckung mit Scharlach gehandelt hat, kann nicht bestimmt entschieden werden. H. Vogt.

M. Türk. *Zum Verhalten der weißen Blutkörperchen im Blutbilde des Scharlachs im Kleinkindesalter.* (Monatsschr. f. Kinderheilk., Bd. XV, S. 156.)

An 58 Scharlachpatienten im Alter von 2—5 Jahren wurden fortlaufend Blutuntersuchungen gemacht. Bei den 48 typischen Scharlachfällen zeigt sich zu Beginn der Erkrankung eine Leukozytose mäßigen Grades mit relativer Polynukleose, die allmählich abnimmt, um in der 6. Woche wieder etwas anzusteigen. Die Lymphozyten, die zu Anfang stark vermindert sind, nehmen langsam zu, jedoch konnte keine pestinfektiöse Lymphozytose konstatiert werden. Am auffälligsten ist das Verhalten der eosinophilen Zellen, die nie ganz aus dem Blute verschwinden, ihren Höhepunkt am 5. Tage erreicht haben, während der ganzen Krankheitsperiode etwas erhöht bleiben und in der 6. Woche nochmals ansteigen.

Die komplizierten Scharlachfälle zeichnen sich durch ein ganz anderes Blutbild aus. Während bei den normalen Scharlachfällen sich eine ganz gleichmäßige, geordnete Kurve ergab, bei dem die einzelnen Blutzellenarten in charakteristischer Weise zu- oder abnahmen, läßt die Kurve der Scharlachfälle mit Mischinfektionen jegliche Regelmäßigkeit vermissen, man sieht hier ein wirres, sprunghaftes Durcheinanderlaufen sämtlicher Linien.

Bemerkenswert ist, daß auch bei diesen tagelang hochfiebernden Kranken die eosinophilen Zellen nicht ganz aus dem Blute verschwinden, sogar eine erhebliche Vermehrung zeigen, deren Höhepunkt zwischen dem 8. und 10. Tag liegt.

Bei exsudativen Kindern mit bestehender Eosinophilie scheint die Scharlacherkrankung in den ersten Tagen einen besonderen Reiz auf die Bildungsstätten der eosinophilen Zellen auszuüben, denn man findet schon am 1. Tage Werte bis zu 25%.

Autoreferat.

A. Pfeiffer. *Myelitis und Tollwutschutzimpfung.* (Beiträge z. Klinik d. Infektionskrankh., Bd. VI, S. 87—91.)

Bei einem nach verdächtigem Hundebiß gegen Tollwut geimpften Manne entwickelten sich 12 Tage nach Beginn der Impfungen die Erscheinungen einer Myelitis: Lähmung beider Beine, Blasen- und Mastdarmlähmung, die in Heilung ausging. Nach Lage der Umstände ist anzunehmen, daß es sich nicht um eine besondere Form der Tollwuterkrankung infolge des Hundebisses gehandelt hat, sondern um einen der seltenen Fälle atypischer Tollwut, wie sie als unmittelbare Folge der Wutschutzimpfung schon gesehen wurden. Dafür spricht die kurze Inkubationszeit, der gutartige Ausgang, die örtliche Begrenzung der Krankheitserscheinungen, das Fehlen bulbärer Symptome. H. Vogt.

E. Stettner. *Über Stenosen der Luftwege bei epidemischer Grippe im frühen Kindesalter.* (A. d. Univ.-Kinder-Klinik Erlangen.) (Münchener med. Wochenschr., 1918, Nr. 32.)

Beschreibung dreier Fälle von Verlegung der Luftwege im frühen Kindesalter, die unter dem Bilde schwerer Larynx- und Trachealstenose verliefen. Die Sektion des einen Falles ergab diphtherische Beläge des Larynx, Kruppmembran der Trachea und Bronchien, Blutungen im Lungengewebe. Diphtheriebazillen wurden in keinem der Fälle gefunden, dagegen bei dem einen Streptokokken, wie sie in letzter Zeit öfter bei Influenza (spanischer Grippe) festgestellt wurden. Pfeiffersche Influenzabazillen negativ. Die Tracheotomie war, wie auch zu erwarten, ohne Erfolg. Charakteristisch war in allen Fällen ein schmieriges gelbes Sekret der Luftwege. Sachs (Leipzig).

Birk. *Schutzimpfung bei Varizellen.* (Monatsschr. f. Kinderheilk., Bd. XIV, S. 412.)

Erfolgreiche Übertragung von Windpockenpusteln. Birk (Kiel).

Ingeborg Chievitz und **A. H. Meyer.** *Eine Methode zur Frühdiagnose des Keuchhustens.* (Münchener med. Wochenschr., 1918, Nr. 27.)

Die „Hustenaussaatmethode" besteht darin, daß der Patient gegen sterilen, in besonderen Kästen untergebrachten Kartoffelblutagar hustet. Die Diagnose wird aus dem Aussehen der Kolonien und wenn nötig durch die Agglutination gestellt. Im katarrhalischen Stadium konnte auf diese Weise der Keuchhustenbazillus in 77% der Fälle gefunden werden. Anweisung zur Bereitung des Kartoffelblutagars im Original. Sachs (Leipzig).

H. K. Barrenscheen. *Bakteriologische und klinische Erfahrungen über die Ruhr auf dem östlichen Kriegsschauplatz.* (Beiträge z. Klinik d. Infektionskrankh., Bd. V, S. 425—440.)

Im Stellungskriege bei nahe an der Front gelegenem Laboratorium gelang der bakteriologische Nachweis klinisch einwand-

freier Ruhrfälle in 14·4% der Untersuchungen. In einem Infektionsspital der Etappe, in das die meisten Kranken erst gewisse Zeit nach Ausbruch der Erkrankung gelangten, konnten nur 3·27% der Fälle bakteriologisch sichergestellt werden. Die Mehrzahl der Fälle — etwas über 60% — gehörte zur Gruppe der giftarmen Ruhrbazillen. Die von Kutscher beschriebene Agglutination von Shiga-Kruse-Bazillen durch Typhus- und Choleraserum konnte Verf. nicht bestätigen. Doch fand er einen Shiga-Kruse-Stamm, der mit allen geprüften Serumarten in der Verdünnung 1 : 100 agglutiniert wurde, von Flexnerserum sogar in der Verdünnung 1 : 600. Flexnerbazillen zeigten oft beträchtliche Agglutination selbst in Verdünnung 1 : 100 mit dem Serum sicher nicht Ruhrkranker. Die Agglutinationsprobe zeigte sich der bakteriologischen Stuhluntersuchung überlegen, da sie in 56% der untersuchten Fälle vorhanden war, bei Fällen der zweiten Krankheitswoche sogar in 71·7% der Untersuchungen. Für die Behandlung empfiehlt Verf. nach eigenen Erfahrungen die Verbindung von Tierkohle mit einem Abführmittel. Bemerkenswert ist seine Beobachtung, daß die Tierkohle nicht selten erst 24 bis 48 Stunden nach der Einnahme im Stuhl erschien, obwohl in der Zwischenzeit zahlreiche blutig-schleimige Ausleerungen erfolgt waren. Subkutane Atropininjektionen wirken sehr gut bei Singultus, Erbrechen, Leibschmerzen und Tenesmus. H. Vogt.

L. Jakob, Würzburg. *Über die Behandlung der Ruhr mit polyvalentem Serum.* (Münchener med. Wochenschrift, 1918, Nr. 24.)

Bei 90 schweren und mittelschweren Ruhrfällen blieb polyvalentes Ruhrserum, subkutan sowie intravenös in Mengen von 20—490 cm³ in der ersten bis zweiten Krankheitswoche injiziert, auf den Verlauf der Erkrankung ohne Einfluß. Sachs (Leipzig).

Boehncke und **Elkeles.** *Ruhrschutzimpfung mit Dysbakta.* (Münchener med. Wochenschr., 1918, Nr. 29.)

Erprobung an über 100.000 Personen. Die Impfreaktionen sind ähnlich denen der Typhusschutzimpfung und verlaufen ohne Schädigung, auch bei Kindern. Diese erhalten am besten die halbe Impfdosis. Impfung am besten dreimalig. Intervall 5—7 Tage. Der Impfschutz ist deutlich nachweisbar, aber kein absoluter.

Sachs (Leipzig).

E. Nast. *Behandlung der Bazillenruhr im Säuglingsalter.* (A. d. Kinderklinik Straßburg.) (Münchener med. Wochenschr., 1918, Nr. 32.)

Behandelt wurden 21 Kinder unter einem Jahre. Mortalität 24%, größtenteils Sekundärinfektionen. 1—2 Tage Rizinus, bis zweistündig 1 Teelöffel, eventuell 1—2 Darmspülungen mit ½% essigsaurer Tonerde. Mehrere Stunden Tee, dann kleine Mengen zentrifugierter Frauenmilch und Kellersche Malzsuppe. Gesamtmenge am ersten Tage zirka 200 cm³, langsam steigend bis zur Erhaltungsdiät.

Allmählich Ersetzen der zentrifugierten Frauenmilch durch gewöhnliche Frauenmilch, später Austausch der Malzsuppe gegen Halbmilch.

Dysenterieserum wurde nicht benutzt. Opium und Kalomel wird für schädlich gehalten. Tenesmen traten nie auf. Bei Herzschwäche Koffein und Kampfer, gegen das Salzsäuredefizit des Magens im akuten Stadium Acid. mur. dil.

Länger dauernde Hungerperiode ist schädlich. Die Nahrung muß konzentriert und von hohem Nutzwert sein. Eiweißüberfütterung ist wegen der dadurch entstehenden Fäulnisflora unangebracht, ebenso fettreiche Nahrung wegen der bestehenden Achylie. Da von Kohlehydraten Maltose die höchste Assimilationsgrenze hat und diese dabei Peristaltik befördern wirkt, ist sie sehr geeignet bei Ruhe. Da Frauenmilch wegen des hohen Fettgehaltes schädlich wirken kann, andererseits auf sie nicht gern verzichtet wird, empfiehlt sich künstliche Entfettung. Sachs (Leipzig).

Scholz. *Posttyphöse Erkrankungen des Bewegungsapparates der Knochen, der Knochenhaut, der Muskeln und Sehnen.* (Beiträge z. Klinik d. Infektionskrankh., Bd. IV, S. 319—345.)

Unter dem Einflusse von Marschleistungen und beim Stellungskrieg entstehen häufiger als sonst Nachkrankheiten des Typhus am Bewegungsapparat. Ihre Entstehung fällt meist in die 7. bis 14. Woche nach Beginn des Typhus. Knochen- und Periosterkrankungen wurden in 1·8%, Muskelerkrankungen in 0·47% der Typhusfälle beobachtet. Am Knochen wird meist das Knocheninnere zuerst befallen und dann erst das Periost ergriffen. Von da aus kann die Entzündung auf die Faszien, die Muskeln, das Unterhautzellgewebe und die Haut übergehen. Im Röntgenbilde ist die Kortikalis leicht verdickt, die Markhöhle verengert und häufig finden sich kleine Einschmelzungsherde der Kortikalis wie der Spongiosa von Erbsen- bis Bohnengröße. Der Ausgang ist durchweg günstig, der Verlauf langsam. Zur Behandlung genügt oft Ruhigstellung für die erste Zeit und Vermeiden von Anstrengung für später. Verf. empfiehlt ferner die Anwendung der Bierschen Stauung und direkte Sonnenbestrahlung, im Falle der Eiterbildung chirurgische Eingriffe.

H. Vogt.

Richard Stephan. *Zur Klinik und Pathogenese der Paratyphus-B-Infektion.* (Beiträge z. Klinik d. Infektionskrankh. und zur Immunitätsforschung, Bd. V, S. 135—161.)

Im Widerspruch mit der nachgewiesenen starken Verbreitung der Paratyphusbazillen bei unseren Schlachttieren steht die Seltenheit, mit der Paratyphuserkrankungen beim Menschen vorzukommen scheinen. Dieser Widerspruch klärt sich nach den Erfahrungen des Verf. so auf, daß ein großer Teil der Paratyphusfälle sich der Erkenntnis entzogen hat, weil das Krankheitsbild zu wenig bekannt war. Die bisher allein bekannte typhöse und gastroenteritische

Form machen nur etwa 10% der gesamten Paratyphus-B-Infektionen aus. Sie sind nur Stadien einer klinisch und pathogenetisch einheitlichen Erkrankung. Nach der klinischen Erscheinungsweise läßt sich die (pathogenetisch einheitliche) Infektion mit Paratyphus-B-Bazillen trennen in 1. den Inkubationstypus, der als gastroenteritische oder als dysenterische Form sich darbieten kann, und 2. den Typus der Allgemeininfektion, bei dem eine Typhoidform und eine typhöse Form zu unterscheiden sind. Auf die „Typhoidform" entfallen etwa 80% aller Paratyphusinfektionen, auf die dysenterische Verlaufsart etwa 10% und etwa ebensoviel auf die gastro-enteritische und die typhöse Form. Die Typhoidform hat eine Inkubationszeit von 6—14 Tagen, die auf die Infektion mit Paratyphusbazillen vom Mund aus und die dadurch ausgelöste Entzündung der Magendarmschleimhaut zurückzuführen ist. Die Erkrankung beginnt meist mit mehrtägigem hohen Fieber, das aber auch fehlen kann. Gewöhnlich bestehen leichte Durchfälle und Leibschmerzen; mikroskopische Erscheinungen der Enteritis werden zu dieser Zeit nie vermißt. Nach den verschieden heftigen Anfangserscheinungen folgen einige fieberfreie Tage mit verhältnismäßigem Wohlbefinden. Es folgt die Allgemeininfektion des Körpers, falls nicht die Erkrankung schon vorher zur Ausheilung kommt. Sie verläuft als eintöniges Krankheitsbild, unter mehr- bis vielwöchentlichem Fieber von geringer Höhe (bis 37·8°), mit häufigen Nachschüben und Rezidiven. Die Kranken klagen in dieser Zeit über heftige Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, Schlaflosigkeit, nächtliches Schwitzen, Gliederschmerzen. Die Milz ist in etwa vier Fünftel der Fälle mit scharfem hartem Rande fühlbar, aber nur vorübergehend, während die Milzdämpfung lange Zeit vergrößert bleibt. Gleichzeitig mit der Milzvergrößerung schwellen die Drüsen besonders in den Achselhöhlen und im Nacken und werden druckempfindlich. Die Gliederschmerzen treten als „tiefe" Schmerzen besonders in den langen Röhrenknochen auf, die meist auch empfindlich auf Beklopfen sind. Es besteht Leukopenie mit Überwiegen der Lymphozyten und Verminderung der eosinophilen Zellen. Die roten Blutkörperchen nehmen im Verlaufe der Erkrankung dauernd an Zahl ab; dem entspricht die starke Blässe der Kranken in der 3.—4. Krankheitswoche. Spärliche Roseolen werden in etwa einem Fünftel der Fälle auf der Bauchhaut beobachtet. Der Befund von Bazillen im Blute ist selten; ebenso gelingt die Züchtung aus dem Stuhl nicht oft. Das Blutserum agglutiniert am häufigsten in der Verdünnung 1 : 600. Mit dem Ablaufe der Krankheitserscheinungen pflegt auch die Agglutination zu schwinden. Die Typhoidform ist nicht lebensbedrohlich, führt aber selbst bei scheinbar leichtem Verlauf in der Regel zu schwerer Schädigung des Allgemeinbefindens. Das Wesen der Erkrankung ist vermutlich in einer spezifischen Schädigung des hämatopoetischen Systems (Lymphdrüsen, Milz, Knochenmark) zu suchen. Die typhöse Form des Paratyphus ist bekannt aus den Schilderungen Schottmüllers und Rollys. Die ebenfalls schon früher beschriebene gastro-enteritische Form kommt nur selten

mit dem Abklingen der Darmerscheinungen schon zum Abschluss, ihr schließt sich vielmehr in der Regel das typhoide Stadium an. Die dysenterische Form beginnt wie die gastro-enteritische mit stürmischen Erscheinungen: Erbrechen, hohem Fieber, Durchfällen, die bald blutig werden, und Tenesmus. Die Dickdarmerkrankung hat die Neigung, sich dauernd festzusetzen. Auch die dysenterische Form der Erkrankung geht meist in die typhoide über. In den ersten Krankheitstagen sind Paratyphusbazillen häufig im Stuhl nachzuweisen; sie fehlen im Blute. Die Agglutination tritt nach 6—12tägigem Verlaufe auf und erreicht oft hohe Werte. Das Überwiegen der dysenterischen und gastro-enteritischen Verlaufsweise in der warmen Jahreszeit weist hin auf die Bedeutung des Zustandes der Schleimhaut bei der Infektion.

H. Vogt.

Paul Krause. *Beiträge zur Pathologie und Therapie der Typhusbazillenträger.* I. *Zur Pathologie der Typhusbazillenträger.* II. *Allgemeine Gesichtspunkte für die therapeutische Beeinflussung der Typhusbazillenträger auf Grund pathologischer Anschauungen und praktischer Erfahrungen.* (Beiträge z. Klinik d. Infektionskrankheiten und zur Immunitätsforschung, Bd. V, S. 75—80 u. 81—85.)

Unter den im Militärgenesungsheim in Spa beobachteten Fällen fanden sich gegen 4% „Typhuswirte". Typhusträger wurden nur in sehr geringer Zahl angetroffen. In 78% der Fälle erfolgte die Ausscheidung der Typhusbazillen durch den Stuhl. Bei diesen Dauerausscheidern waren recht häufig Veränderungen der Gallenblase nachzuweisen, Gallensteinanfälle oder chronische Cholezystitis. In anderen Fällen haften die Typhusbazillen an chronischen Darmgeschwüren im Blinddarm oder an der Schleimhaut des Wurmfortsatzes bei chronischer Entzündung. An zwei Operierten und bei drei Leichenöffnungen wurden Monate nach der Erkrankung an Typhus noch Typhusgeschwüre im Darm angetroffen. Fraglich bleibt, ob jemand durch Genuß bazillenhaltiger Nahrung zum Bazillenausscheider werden kann, ohne selbst zu erkranken. In kranken Zähnen wurden Typhusbazillen bei mehr als 600 Untersuchungen nicht aufgefunden, ein einziges Mal der Bac. paratyphosus B. Auch der Mundspeichel erwies sich bei zahlreichen Untersuchungen als frei von Bazillen. Die Zahl der Urinausscheider belief sich auf 59%. Eine typhöse Blasenentzündung war außerordentlich selten. Bei dem größten Teil der Nierenerkrankungen Typhuskranker wurden keine Typhusbazillen im Harn angetroffen. Die häufigste Ursache der Dauerausscheidung durch den Harn war eine Erkrankung des Nierenbeckens. Bei 37% der Typhuswirte erfolgte Bazillenausscheidung durch Stuhl und Harn. Bei überstandenem Typhus bedürfen Erkrankungen des Darmes, der Gallenblase und der Harnwege sorgfältigster Beachtung. Stauung in der Gallenblase wird am besten durch reichliche fettreiche Kost verhütet. Durch Überernährung gelang es, bei einem Drittel der Typhusausscheider die Bazillenausfuhr zu beseitigen.

H. Vogt.

Paul Krause. *Beiträge zur Pathologie und Therapie der Typhus- und Paratyphusbazillenträger.* III. *E. Bumke, Erste Mitteilung über Heilversuche bei Typhus- und Paratyphusbazillenträgern.* (Beiträge z. Klinik d. Infektionskrankheiten und zur Immunitätsforschung, Bd. V, S. 87—133.)

Es wurden Versuche angestellt mit Autovakzinen, mit allgemeinen inneren Desinfizientien (Neo-Salvarsan, Kollargol, salizylsaurem Natrium), mit Harnantiseptika (Urotropin, Helmitol, Saliformin, Methylenblau), mit Tierkohle in Verbindung mit Jodtinktur oder Thymol, mit Hefe und mit Yoghurt. Bei 67 von 88 behandelten Bazillenträgern hatte die Behandlung bestimmt keinen Erfolg; bei den übrigen ist nicht zu entscheiden, ob die Bazillenausscheidung von selbst aufhörte oder durch die angewendeten Mittel beendigt wurde. H. Vogt.

Tuberkulose.

Elise Hermann. *Beiträge zur differentialdiagnostischen Verwertung der kutanen Tuberkulinreaktion.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXVI, S. 390—408 und 472—500.)

Unter Verwertung der in der Leipziger Kinderklinik gesammelten Erfahrungen über die Tuberkulinreaktion bespricht Verf. die Fragen der Inkubationszeit, der Spezifität der Reaktion, der Unterdrückung durch infektiöse und anderweitige Erkrankungen, der Bedeutung der Hautbeschaffenheit u. a. Bei Verwendung von Perlsuchttuberkulin treten Hautreaktionen so häufig auf, daß man einen großen Teil der Fälle als Gruppenreaktion zu deuten gezwungen ist. Bei genügend häufiger Wiederholung der Reaktion mit Alttuberkulin und mit Perlsuchttuberkulin tritt auch in den Fällen, wo sich zunächst nur ein Tuberkulin als wirksam erwies, schließlich Doppelreaktion ein. Wenn die Allergie abklingt, kommt es auch vor, daß eine Reaktion vor der anderen erlischt. Unter solchen Verhältnissen mag es erlaubt sein, die alleinige oder überwiegende Reaktion als Hinweis auf die Art des Erregers zu deuten. H. Vogt.

W. Schultz, Hamburg. *Über den großen diagnostischen Wert der negativen Tuberkulinreaktion in der Kinderpraxis.* (Münchener med. Wochenschr., 1918, Nr. 25.)

Verf. prüfte zehn klinisch gesunde Kinder mit der Kutan-, der Perkutan-, Intrakutan-, Subkutan- und Stichreaktion sowie anschließend nochmals mit der Kutanreaktion. Die Intrakutanreaktion war in 10, die Stichreaktion in 5 Fällen positiv, alle anderen Reaktionen waren negativ. Da die positiven Reaktionen sämtlich erst bei höheren Dosen auftreten und dabei noch schwach waren, hält sie Verf. nicht für maßgebend, „da es nicht Aufgabe sei, Tuberkuloseinfektion festzustellen, sondern Tuberkuloseerkrankung". (Diese Auffassung dürfte dem Wesen der Tuberkulinreaktion nicht gerecht werden. Ref.) Sachs (Leipzig).

Grete Singer. *Über das Neutralisationsphänomen bei aktiver und inaktiver Tuberkulose.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXVII, S. 187—208.)

Die gebräuchlichen Tuberkulinreaktionen sagen uns nur wenig über die Verlaufsart der vorliegenden Erkrankung. Nach den Erfahrungen der Verfasserin lassen sich dagegen aus der von Pickert und Löwenstein angegebenen Probe gewisse Schlüsse in dieser Richtung ziehen. Das Serum von Kindern mit Haut-, Drüsen- und Knochentuberkulose übte keine entgiftende Wirkung auf Tuberkulin aus im Gegensatz zum Serum von Kindern ohne nachweisliche tuberkulöse Erkrankung. H. Vogt.

Selma Meyer. *Die Heilungsaussichten der Bauchtuberkulose unter der Behandlung mit künstlicher Höhensonne.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXVII, S. 126—149.)

Von 57 Kindern im Alter von 1½—13 Jahren, die in den Jahren 1914—1917 wegen Bauchtuberkulose in Behandlung kamen, wurden 40 kürzere oder längere Zeit mit künstlicher Besonnung behandelt. Davon sind 14 = 35% als klinisch geheilt zu betrachten, da sie nach mindestens 1, meistens nach 2—2½ Jahren keine Krankheitserscheinungen mehr aufweisen. Dazu kommen noch vier Fälle, die gleichfalls sehr erheblich gebessert sind. 12·5% der Fälle müssen als bisher unentschieden, 2·5% als zweifelhaft in ihren Heilungsaussichten angesehen werden. Bei zwei Kranken ist eine deutliche Verschlimmerung eingetreten und 14 = 35% sind gestorben. Die günstigsten Aussichten bieten die Fälle von exsudativer Peritonitis. Von den Fällen mit Tumoren kam es in einer Anzahl zum Verschwinden oder doch zu weitgehender Verkleinerung unter gleichzeitigem Aufhören des Fiebers, Besserung der Durchfälle und Hebung des Allgemeinbefindens, während andere völlig unbeeinflußt blieben. Ganz aussichtslos erscheint die künstliche Besonnung bei ausgedehnter Geschwürsbildung im Darm. H. Vogt.

Johanna B. Schwab. *Über den Wert der Diazoreaktion für die Prognose der Kindertuberkulose.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXVII, S. 61—64.)

Der Ausfall der Diazoreaktion läßt bei Tuberkulose im Kindesalter keinen Schluß zu auf die Heilungsaussichten des Falles. Die Urochromogenreaktion fiel mit seltenen Ausnahmen im gleichen Sinne aus wie die Diazoreaktion. H. Vogt.

Zirkulationsapparat.

Artur Riesenfeld. *Über primäre Herzhypertrophie im frühen Kindesalter und ihre Beziehung zum Status thymico-lymphaticus.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXVI, S. 419—441.)

Verf. berichtet über 5 Kinder, die im Alter von 9 Monaten bis zu 1½ Jahren aus anscheinend völliger Gesundheit heraus unter

den Erscheinungen schwerer Kreislaufstörung erkrankten und bald starben. Während des Lebens war nur eine erhebliche Vergrößerung des Herzens festzustellen, deren Ursache unklar blieb. Auch bei der Obduktion konnte keine der gebräuchlichen Ursachen für die Vergrößerung des Herzens festgestellt werden. Dagegen bestanden regelmäßig Erscheinungen des Status thymico-lymphaticus, in zwei Fällen mit auffälliger Vergrößerung der Thymusdrüse. In einem dieser Fälle fand Ceelen den Herzmuskel übersät mit Lymphozyteninfiltraten, die zu fettiger Entartung der Muskelfasern geführt hatten. Dieselben Veränderungen fanden sich auch in den übrigen Herzen, nur verschieden stark ausgebildet. Gleichartige Zellanhäufungen fanden sich bei dem einzigen daraufhin untersuchten Fall auch in der quergestreiften Muskulatur. H. Vogt.

Respirationsorgane.

Anna Pünder. *Larynxstenose durch angeborene Kehlkopfzyste.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXVII, S. 65—77.)

Bei einem Mädchen, das von Geburt an erschwerte geräuschvolle Atmung aufgewiesen hatte und im Alter von 3 Monaten unter Erstickungserscheinungen starb, fand sich eine kleinkirschgroße Zyste der Gegend der rechten aryepiglottischen Falte. Ein ähnlicher Fall ist, soweit bekannt, bisher nur einmal beobachtet worden. Die Diagnose kann im Leben am ehesten durch Fingerbetastung gestellt werden. H. Vogt.

Siegfried Wolff. *Beitrag zur Behandlung des Empyems im Säuglingsalter.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXVI, S. 500—503.)

Bei einem 6 Monate alten Säugling wurde ein linksseitiges Pleuraempyem in der Weise erfolgreich behandelt, daß ein Gummikatheter nach Anlegung eines kleinen Hautschnittes mit einer scherenförmigen Polypenzange in die Pleurahöhle eingeführt wurde. Durch den Katheter wurde der Eiter in ein Probierröhrchen geleitet; daneben wurde die Pleurahöhle mit Optochinlösung ausgespült. H. Vogt.

Alfred Hussy. *Über Chylothorax im Kindesalter.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXVII, S. 491—518.)

Bei einem $7^1/_4$jährigen Mädchen, das erblich mit Tuberkulose belastet war, fand sich ein doppelseitiger Chylothorax. Der linksseitige Erguß ging nach einigen Monaten zurück, während der rechtsseitige trotz mehrfacher Punktionen erst nach 14 Monaten verschwand. Verf. bringt eine eingehende Übersicht über die bisher beobachteten 12 Fälle von Chylothorax im Kindesalter. In 5 dieser Fälle war der Erguß die Folge einer Verletzung. In einem Teil der Fälle war eine Ursache nicht auffindbar. Drei der Kinder mit Chylothorax standen im 1. Lebensjahr, das jüngste Kind war nur 8 Wochen alt. Knaben und Mädchen waren gleich häufig betroffen. In

9 Fällen war der Erguß rechtseitig, 1mal linksseitig und 2mal waren beide Seiten betroffen. Das Krankheitsbild unterscheidet sich so wenig von dem einer gewöhnlichen serösen Pleuritis, daß es nur aus der Beschaffenheit des Ergusses erkannt werden kann. Die meisten Fälle gingen in Heilung aus, 2 Kinder erlagen dem Grundleiden (Tuberkulose beziehungsweise Hodgkinsche Krankheit). Die Behandlung besteht, abgesehen von möglichster Hebung des Allgemeinzustandes, in Entleerung des Ergusses durch Punktion. H. Vogt.

Blut und blutbildende Organe.

E. Glanzmann. *Hereditäre hämorrhagische Thrombasthenie. Ein Beitrag zur Pathologie der Blutplättchen* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXVIII, S. 1—42 und 113—141.)

Die erbliche Form der Werlhofschen Krankheit wurde bisher meist fälschlich zur Hämophilie gezählt. Verf. berichtet über eine Familie, in der 4 Fälle von ausgesprochener Werlhofscher Krankheit aufgetreten sind, und von 12 Miltgliedern der zweiten Generation 6 sowie in der dritten Generation schon 3 Kinder an hämorrhagischer Diathese leiden. Während ebenso wie bei der Hämophilie die Erkrankung auch von solchen Frauen, die selbst verschont blieben, auf die Nachkommen vererbt wird, werden im Gegensatze zu jener männliche und weibliche Familienglieder gleich häufig betroffen. Verf. führt noch 8 weitere Familien an, in denen die Erkrankung in leichterer Form auftrat, und verweist auf Beobachtungen in der Literatur, die ebenso gedeutet werden müssen. Daraus geht hervor, daß diese Art der hämorrhagischen Diathese zumindest in ihren leichteren Formen gar nicht selten ist. Die Blutgerinnungszeit kann bei der erblichen hämorrhagischen Thrombasthenie sich unverändert erweisen, dagegen ist die Thrombenbildung, die Bildung eines festen Gerinnsels und damit die Blutstillung gestört. Diese Störung ist zurückzuführen auf den Ausfall der normalen Leistung der Blutplättchen, wie vergleichende Versuche mit den isolierten Plättchen aus normalem und krankem Blut ergaben. Die Retraktilität ist wahrscheinlich an ein Ferment (Retraktozym) gebunden, da sie ausbleibt nach Erhitzen der Plättchen auf 55—58° während 10 Minuten. Die hereditäre hämorrhagische Thrombasthenie wird in ihren leichteren Formen gewöhnlich nicht beachtet, während die schweren Formen oft fälschlich zur Hämophilie gerechnet werden. Die Werlhofsche Krankheit ist eine meist vorübergehende schwere Form von Thrombasthenie. Gelenksblutungen verursacht die Thrombasthenie nur sehr selten. Die Blutplättchenzahlen sind sehr wechselnd. Die Blutungszeit ist nur in Fällen mit Thrombopenie verlängert. Die Gerinnungszeit bewegt sich meist in den gewöhnlichen Grenzen. Die häufigste Störung der Blutgerinnung bei der Thrombasthenie besteht darin, daß das Gerinnsel sich nicht zusammenzieht. Das Ausbleiben der Bildung eines festen Gerinnsels erklärt die Störung

der Blutstillung bei der hereditären Thrombasthenie trotz regelrechter Blutgerinnungszeit. Die Blutplättchen zeigen bei Thrombasthenie auch Veränderungen im Aussehen. Man findet Altersformen mit Granula, die durch weite Zwischenräume getrennt und an Zahl vermindert sind oder bei denen die Granula ganz fehlen. Daneben gibt es Plättchen, deren Granula zu einem stark gefärbten Gebilde verschmolzen sind (Pyknose der Granula). Auffallende Größenunterschiede weisen auf überstürzte Neubildung von Plättchen hin. Als Jugendformen finden sich solche mit zart, seltener stark blau gefärbtem Protoplasma ohne Granula. Von diesen finden sich alle Übergangsformen zu solchen mit spärlichen oder reichlicheren Granula. Neben den Veränderungen der Blutplättchen besteht auch in Fällen, wo Blutverluste als Ursache nicht in Frage kommen können, eine Verminderung des Fibrinogengehaltes im Plasma. Die häufigen Blutaustritte unter die Haut bei Verletzungen sprechen für Veränderungen an den Gefäßwänden. Die Minderwertigkeit der Plättchen ist wohl auf eine Minderwertigkeit der Mutterzellen, der Megakaryoyzyten des Knochenmarks, zurückzuführen. Die zeitweilig auftretende Thrombopenie fände ihre Aufklärung in der Annahme, daß bei vermehrtem Zerfall der minderwertigen Plättchen die Neubildung durch die an sich schwachen Mutterzellen des Knochenmarkes erlahmt. Ausgelöst werden können solche Zustände von Thrombopenie durch akute Infektionskrankheiten. Von der Hämophilie, mit der sie vielfach verwechselt worden ist, unterscheidet sich die hereditäre hämorrhagische Thrombasthenie einmal durch die abweichende Art der Vererbung, dann durch das Verhalten der Blutplättchen. Im Gegensatz zu der geringen Widerstandskraft der Plättchen und ihrer Neigung zu Verfall bei Thrombasthenie sind sie, wie M i n o t gezeigt hat, bei Hämophilie zwar in genügender Zahl vorhanden, geben aber nur schwer ihren Gehalt an Thrombozym und thromboplastischen Substanzen ab. Zur Behandlung ist die Anwendung von Koagulen zu empfehlen und für die schweren Formen der W e r l h o f schen Krankheit die direkte Bluttransfusion oder die subkutane Injektion von 5—10 cm^3 Normalblut. Dagegen ist die Behandlung mit Injektion von artfremdem Eiweiß geeignet, Schaden zu stiften. H. V o g t.

Innere Sekretion.

C. Hart. *Über die Funktion der Thymusdrüse.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXVI, S. 318—332.)

Verf. hat die Ansicht vertreten, daß eine rein mechanische Schädigung durch die Thymusdrüse nur untergeordnete Bedeutung hat und daß plötzliche oder überraschende, durch das Organ bei Erwachsenen herbeigeführte Todesfälle darauf zurückzuführen sind, daß das Thymussekret hypotonisierend auf den gesamten Zirkulationsapparat wirkt. Auf Grund jahrelanger Tierversuche hat Verf. die Überzeugung gewonnen, daß die frühzeitig ausgeführte

vollständige Entfernung der Thymusdrüse weder lebensbedrohlich wirkt noch dauernde Störungen hervorruft. Zum gleichen Ergebnis haben die an Froschlarven ausgeführten Untersuchungen Adlers geführt. Rachitis hat mit mangelhafter Funktion der Thymusdrüse nichts zu tun. Fütterung von Kaulquappen mit Kalbsthymus fördert das Wachstum, Entfernung des Organes bei Axoloten zu Wachstumshemmung. Für seine Bedeutung als Wachstumsorgan spricht auch die Tatsache der Rückbildung zur Zeit des beendigten Wachstums. Da bei allen zu starker Abmagerung führenden Krankheiten die Thymusdrüse atrophiert, hält Verf. für denkbar, daß bei einem Teil derartiger Fälle die Erholung ausbleibt wegen des Ausfalles der das Körperwachstum und den Stoffansatz fördernden Wirkung des Organs. Für derartige Fälle macht er den Vorschlag der Verabreichung von Kalbsthymus. H. Vogt.

Birk. *Beiträge zur Klinik und Behandlung der Thymushyperplasie bei Kindern.* (Monatsschr. f. Kinderheilk., Bd. XIV, S. 362.)

Status thymicolymphaticus und einfache Thymushyperplasie sind etwas grundsätzlich Verschiedenes. Bei dem ersten handelt es sich um eine Systemerkrankung, bei der auch Milz, Zungengrund- und Darmfollikel hyperplastisch sind, der außerdem in engen Beziehungen zur Ernährung steht, nicht angeboren vorkommt, und bei dem ein etwaiger Tod ein Herztod ist. Bei der einfachen Thymushyperplasie hat man es dagegen mit einer isolierten, stets schon im fötalen Leben entstandenen, daher also angeborenen Vergrößerung der Thymusdrüse zu tun. Das konstitutionelle Moment spielt ebensowenig eine Rolle wie die Ernährung und der Tod ist hier ein typischer Erstickungstod, dadurch begünstigt, daß die Luftröhre schon in ihrer fötalen Anlage durch den Druck der hyperplastischen Thymus geschädigt wurde.

Demgemäß ist auch die Behandlung eine verschiedene. Beim Stat. thym. lymph. kommt nur eine Ernährungsbehandlung in Frage, während bei der Thymushyperplasie entweder chirurgisch oder mit Röntgenstrahlen eingegriffen werden muß. Die besten Ergebnisse liefert die Bestrahlung. Sie wurde in 5 Fällen angewendet. Es erfolgte stets eine schnelle klinische Heilung, mit der Hand in Hand eine Verkleinerung der Drüse im Röntgenbilde ging. Einzelne Fälle wurden bis ins 5. Lebensjahr weiter beobachtet und bis auf einen, bei dem eine Regeneration erfolgte, war die Heilung auch von Dauer. Schädigungen durch die Röntgenstrahlen wurden nicht beobachtet.

Die Diagnose der Thymushyperplasie stützt sich auf die drei Hauptsymptome des Stridors, der Thymusdämpfung und des Thymusschattens auf der Röntgenplatte.

Es finden sich weiter im klinischen Bilde Erstickungsanfälle, Dysphagie und vor allem eine Lymphozytose. Einmal wurde auch ein familiäres Vorkommen der Thymushyperplasie beobachtet.

Birk (Kiel).

Erwin Schiff. *Frühzeitige Entwicklung der sekundären Geschlechtscharaktere bei einem zweijährigen Mädchen infolge eines Hypernephroms der rechten Nebenniere.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXVII, S. 519—525.)

Das Wesentliche des Inhaltes geht aus der Überschrift hervor.

H. Vogt.

C. Friderichsen. *Nebennierenapoplexie bei kleinen Kindern.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXVII, S. 109—125.)

Verf. berichtet über einen Säugling, der im Alter von 6 Monaten plötzlich, 6 Stunden nach Auftreten der ersten Krankheitserscheinungen, verstarb und während des Lebens Hautblutungen, Fieber und wechselnde Zyanose aufgewiesen hatte. Aus den Kinderabteilungen in Kopenhagen gelang es ihm, 2 ähnliche Fälle, aus der Literatur noch weitere 25 ausfindig zu machen. Davon entfallen allein 18 auf das Alter von 2 Monaten bis 1 Jahr, 6 Fälle waren unter 2 Jahre alt, 3 Fälle zwischen 2 und 3 Jahren, nur einer hatte ein Alter von 14 Jahren. Als Grundlage der Erscheinungen weist die Obduktion Blutungen in Mark und Rinde der Nebennieren auf. Die in 12 Fällen ausgeführte bakteriologische Untersuchung des Blutes ergab in 7 Fällen sterile Kulturen, 1mal Staphylokokken, 2mal gramnegative, für Mäuse unschädliche Diplokokken; bei 2 Fällen sind in den Hautgefäßen der Blutungsstellen Streptokokken angetroffen worden. Trotz dieser spärlichen Befunde hält Verf. wegen des schnellen hochfieberhaften Verlaufes der Fälle und der häufigen Beteiligung der Nebennieren bei Infektionen verschiedener Art die Annahme, daß auch diesem Krankheitsbild eine Infektion zugrunde liegt, für sehr wahrscheinlich. Wenn die Nebennieren nicht sehr hochgradig betroffen sind, kann vielleicht Erholung des Kranken eintreten, wofür der nicht seltene Befund von alten Blutungen in den Nebennieren bei Leichenöffnungen sprechen würde.

H. Vogt.

Verdauungstraktus.

K. W. Eunike, Elberfeld. *Zur Behandlung des Mastdarmvorfalles der Kinder.* (Münchener med. Wochenschr., 1918, Nr. 34.)

Der Mastdarmvorfall der Kinder ist, als ein bei weitem häufigeres und leichteres Leiden, streng von dem der Erwachsenen zu trennen. Als sicherste und zugleich einfachste Behandlungsmethode empfiehlt Verf., wenn einfache Diätregelung und Heftpflasterbehandlung nicht zum Ziele führen, Thermokauterisation der prolabierten Schleimhaut. Es wird an drei Punkten die Schleimhaut an der höchsten Stelle des prolabierten Darmteiles mit Péanklemmen vorsichtig gefaßt und von da nach dem Anus zu in Form von drei gleichschenkligen Dreiecken, deren Basis am Anus liegt, kauterisiert. Es muß an diesen Stellen die ganze Schleimhaut fortgeglüht werden. Infolge der Narbenbildung kommt es bald zu einer Verengerung und Stützung des Darmrohres.

Sachs (Leipzig).

Johann v. Bókay. *Die Bedeutung der Rammstedt-Operation bei der Behandlung der Pylorusstenosen im Säuglingsalter.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXVIII, S. 60—70.)

Bei 4 Kindern, die im Alter von 4—6 Wochen zur Operation kamen, führte das Ramstedtsche Verfahren zu sofortigem Aufhören des Erbrechens und zu einem, wie die weitere Beobachtung der Kinder lehrte, günstigen Dauererfolg. H. Vogt.

Leber und Gallenwege.

Franz Ickert. *Die Beziehungen des Icterus epidemicus zum Icterus catarrhalis.* (Beiträge z. Klinik d. Infektionskrankh., Bd. V, S. 175 bis 188.)

Verf. beobachtete gehäuftes Auftreten von Gelbsucht bei Soldaten, die in feuchten Flußtälern im Freien arbeiteten. Die Fälle verteilten sich über ein Jahr, wobei der Juni und Juli fast freiblieben, während der Dezember und Januar am stärksten betroffen waren. Höheres Fieber war nur in einem Falle zu Beginn vorhanden. Ein Teil der Fälle verlief wie ein „katarrhalischer" Ikterus, in anderen aber wies der Beginn mit Mattigkeit, Schwäche in den Beinen, Kopfschmerzen oder Schüttelfrost auf eine Infektion hin. Ein Erreger konnte nicht aufgefunden werden; wohl aber zeigte sich bei Meerschweinchen, die mit Blut der Kranken intraperitoneal gespritzt wurden, daß in sechstägigen Abständen Gewichtsabnahmen eintraten. In ungefähr denselben Abständen zeigten sich geringe Schwankungen der Körperwärme bei den Kranken, wie auch bei Kranken mit epidemischem und solchen mit infektiösem Ikterus die Schwankungen des Fiebers sich an dieselben Zeitabstände gebunden erweisen. Auch für die Inkubationszeit findet Verf. einen Zeitraum von 6 Tagen oder einem Vielfachen davon. H. Vogt.

Milz.

Cornelia de Lange und **J. C. Schippers.** *Über familiäre Splenomegalie.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXVI, S. 459—471.)

Von 6 Kindern einer Familie starben 2 im Alter von 2 und 12 Jahren an einer Erkrankung, die an 2 weiteren Geschwistern genauer beobachtet werden konnte. Die Kinder wiesen erhebliche Vergrößerung der Milz auf, die in beiden Fällen durch Operation entfernt wurde und sich bei einem Kinde 4fach, beim anderen 8fach zu schwer erwies. Die bereits vor der Operation vergrößerte Leber erfuhr nach Herausnahme der Milz noch eine geringe Zunahme, um dann weiterhin unverändert zu bleiben. Bei den ungünstig verlaufenen Fällen war es zu Kachexie, bei einem davon vor dem Tode zu Blutbrechen gekommen. Bei den Eltern und Großeltern

der Kinder waren entsprechende Krankheitserscheinungen nicht auffindbar. Während die beobachteten Fälle klinisch das Bild der Gaucherschen Splenomegalie darboten, fanden sich bei Untersuchung der herausgenommenen Milzen keine entsprechenden Veränderungen; es fehlten ganz die für die Gaucherschen Splenomegalie bezeichnenden „großen Zellen". Es bestand vielmehr lediglich eine Zunahme des normalen Milzgewebes. H. Vogt.

Urogenitalsystem.

Beckmann und **Schlager.** *Über orthotische Albuminurie.* (Münchener med. Wochenschr., 1918, Nr. 27.)

Verf. prüften die Angaben von v. Dziembowski, daß orthotische Albuminurie auf Vagotonie infolge pathologisch niedrigen Sympathikustonus beruhe, nach, und kamen zu folgenden Resultaten: Es gibt orthotische Albuminurien, welche vom Hypertonus des Vagus begleitet sind, aber auch solche ohne jede erkennbare Steigerung des Vagustonus, überhaupt ohne jede erkennbare sonstige Krankheitserscheinung. Die ersteren scheinen häufiger zu sein. Bei fünf vagotonischen orthotischen Albuminurikern gelang die Beseitigung der Eiweißausscheidung durch Atropininjektion, bei einem davon dauernd. Bei einem sechsten hatte Atropin keinen Erfolg, ebenso nicht bei einem nichtvagotonischen Orthotiker.

Steigerung des Sympathikustonus durch Adrenalin blieb in allen sieben Fällen ohne Einfluß auf die Albuminurie. Steigerung des Vagustonus bei Vagotonikern ohne orthotische Albuminurie hatte keine orthotische Albuminurie zur Folge. Die Wirkung des Vagushypertonus stellen sich die Autoren indirekt durch Einwirkung auf ein zwischengespaltetes Organ beziehungsweise Blut, nicht auf die Nieren selbst vor. Die Tatsache, daß der Vagushypertonus gerade im Stehen Albuminurie hervorruft, erklären sie durch Einfluß der Gleichgewichtsorgane auf den Vagus.

Sachs (Leipzig).

F. Glaser. *Über juvenile primäre Schrumpfniere.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXVII, S. 95—108.)

Bei einem im Alter von 10 Jahren an Diphtherie verstorbenen Kinde, dessen Mutter und Schwester schon früher einer Nierenerkrankung erlegen waren, fand sich bei der Obduktion eine Schrumpfniere. Bei dem Kinde war schon mit $^5/_4$ Jahren vermehrter Durst, gesteigerte Harnabscheidung und geringer Eiweißgehalt des Harnes festgestellt worden. Nach Ansicht des Verfs. handelt es sich um eine primäre Schrumpfniere, weil von einer vorausgegangenen Infektion nichts bekannt war und Ödeme nicht beobachtet wurden. Für seine Ansicht beruft er sich auch auf den histologischen Nierenbefund, der schwere herdförmige Schrumpfungsvorgänge in den Nieren und Untergang der Glomeruli, aber keine schweren Entzündungsprozesse

der Glomeruli aufdeckte. Als Ursache der Nierenschrumpfung vermutet er eine angeborene mangelhafte Entwicklung der Nierengefäße.
H. Vogt.

Felix Glaser. *Über infantile kongenitale Zystenniere (septische Form).* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXVIII, S. 98—112.)

Bei einem im Alter von 22 Monaten verstorbenen Knaben, bei dem schon im Leben die vergrößerten Nieren beobachtet und richtig gedeutet waren, ergab die Obduktion, daß die zystisch entartete rechte Niere den Gallengang zusammengedrückt hatte, ohne die Durchgängigkeit aufzuheben. Es bestand starke angeborene Vermehrung der Gallengänge, größtenteils mit erheblicher Erweiterung ohne eigentliche Zystenbildung. Cholangitis und Pericholangitis hatte zu einer hämatogenen Infektion der Zystennieren geführt.
H. Vogt.

Nonnenbruch. *Die Therapie der Kriegsniere.* (A. d. med. Klinik Würzburg.) (Münchener med. Wochenschr., 1918, Nr. 23.)

Da die „Kriegsniere" genau wie die Scharlachniere eine akute diffuse Glomerulonephritis ist, hat das Folgende auch für den Pädiater Interesse. Verf. stellt sich im allgemeinen auf den Boden der Volhardschen Lehre und hat mit dessen Therapie gute Erfolge erzielt. Die wesentlichen klinischen Erscheinungen der akuten Glomerulonephritis sind Atemnot, Ödeme, Blutdrucksteigerung, langsamer Puls, Bronchitis und spärlicher, meist Eiweiß und Formelemente enthaltender Harn. Die Ursache dieser Erscheinungen ist nach Verf. eine primäre Ischämie der Glomeruli infolge spastischer Verengerung der Gefäße. Das Ödem ist vorwiegend durch extrarenale Gefäßschädigung und die Blutdrucksteigerung durch vermehrte Adrenalinbildung infolge Splanchnikusreizes bedingt. Die Therapie soll weitere Ödembildung verhindern, die Drosselung der Glomeruli sprengen und das Herz entlasten. Dies wird erreicht durch eine Durstkur mit anschließendem Wasserstoß, d. i. einmalige reichliche Verabfolgung von Wasser, Schwitzen, eventuell Punktion und Strophantin. Zunächst läßt man einige Tage ganz fasten. Schwinden Ödeme und Atemnot und kommt die Diurese in Gang, dann gibt man kalorienreiche, reizlose Trockenkost, doch darf dabei nie das Körpergewicht wieder ansteigen. Daneben Schwitzkur. Besteht keine Dyspnoe mehr, so versucht man zur Beschleunigung der Diurese den Wasserstoß durch Verabreichung von 1—1½ Liter Tee. Gelingt es, so kommt die Diurese besser in Gang, die Ödeme verschwinden, gelingt es nicht oder nur unvollkommen so gibt man wieder Schonungskost und wiederholt den Wasserversuch nach einigen Tagen von neuem und so fort, bis der Erfolg eingetreten ist. Bei hochgradiger Oligurie wird die Nierendekapsulation empfohlen. Die Entleerung der Ödeme kann man durch Punktion oder Skarifikation unterstützen. Bei Urämie Fastenkur und Lumbalpunktion, bei Herzschwäche Aderlaß und intravenöse Strophantininjektion. Von Diuretizis ist in der Regel nichts zu erwarten, Kochsalzinfusionen

sind streng kontraindiziert, da durch sie der Vorteil des Aderlasses wieder aufgeschoben wird. Toxinverdünnung kommt dabei nicht in Frage. Sachs (Leipzig).

Johann v. Bókay. *Gehirnsymptome bei der Pyelozystitis des Säuglingsalters.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXVII, S. 181—186.)

In zwei Fällen schwerer Pyelozystitis fiel zu Beginn der Erkrankung Nackensteifigkeit auf neben anderen Erscheinungen, die den Verdacht einer Meningitis erwecken konnten. Die Lumbalpunktion bestätigte die Drucksteigerung, aber nicht den Bestand einer Meningitis und wirkte günstig auf den Zustand ein.

H. Vogt.

Bewegungsapparat.

Christen Johannessen. *Myositis ossificans multiplex progressiva.* (*Hyperplasia fascialis progressiva, Goto.*) (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXVI, S. 442—458.)

Verf. berichtet über einen Fall dieser seltenen Erkrankung, der ein Kind betrifft, das zuerst im Alter von 1½ Jahren von schmerzhaften Muskelschwellungen befallen wurde. Die Schwellungen kamen und gingen und befielen die verschiedensten Körpergegenden. Die Beweglichkeit des Kopfes, des Rückens und der Oberarme war durch die Muskelschwellungen dauernd stark eingeschränkt. Im rechten M. biceps und in den Muskeln der rechten Achselhöhle gelang es, im Röntgenbilde die Bildung kleinster Knochen nachzuweisen. Das Kind hatte auffallend kleine Daumen und eine Mißbildung der großen Zehen, wie es in derartigen Fällen der Regel entspricht.

H. Vogt.

Zentralnervensystem.

M. Gioseffi. *Fazialisphänomen bei einigen Infektionskrankheiten.* (Münchener med. Wochenschr., 1918, Nr. 34.)

Verf. fand Fazialisphänomen bei Diphtherie, Masern, Scharlach, Keuchhusten und Typhus in ziemlich hohem Prozentsatze, angeblich ohne jegliche Zeichen von Tetanie. Zur Erklärung wird erhöhte Reflexerregbarkeit durch die Infektion angenommen.

Sachs (Leipzig).

Alfred Resch. *Experimentelle Beiträge zur Pathogenese der Spasmophilie.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXVI, S. 294—317.)

Biedl hat die Vermutung ausgesprochen, daß die Tetanie auf Wirkung des Histamins zurückgeführt werden könnte, das in der Darmschleimhaut des Säuglings vorkommt und in kleinsten Mengen an Katzen verabfolgt fibrilläre Zuckungen in einzelnen Muskelgruppen und Schütteln der Pfoten (erhöhte Erregbarkeit

peripherer Nervenstämme) hervorruft. Eine daraufhin unternommene Untersuchung ergab, daß Histamin beim Kaninchen die elektrische Erregbarkeit, gemessen am Eintritt der Anodenöffnungszuckung, herabsetzt. Im Gegensatz dazu kam es nach Tyramin (Paraoxyphenyläthylamin) zu einer gesteigerten Erregbarkeit. Äthylamin wirkte wie Histamin, Tenosin, das kleine Mengen Histamin und Tyramin nebeneinander enthalten soll, erwies sich als unwirksam für die elektrische Erregbarkeit; Cholin wirkte herabsetzend, Hypophysin steigernd. Verf. äußert die Vermutung, daß Paraoxyphenyl den spasmophilen Symptomenkomplex auslöst, hält aber selbst weitere Untersuchungen zur Entscheidung für notwendig.

H. Vogt.

R. W. Raudnitz. *Kritisches zur Lehre vom Spasmus nutans.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXVII, S. 15—46.)

Verf. gibt eine eingehende Würdigung der seit seinen eigenen Ausführungen über den Spasmus nutans erschienenen Arbeiten. Seinen Standpunkt bringt er in etwa folgender Weise kurz zum Ausdruck. Das neugeborene Kind besitzt Reflexe zwischen der Lichtempfindung und den Augenmuskeln, die zum Teil durch das Labyrinth gehen. Unter dem Einfluß der sich wiederholenden Lichtempfindungen und der entsprechenden Wahrnehmungen werden nur solche Augenbewegungen ausgeführt, die in die bereits aufgenommenen Bilder einfügbare Wahrnehmungen liefern. Die grobe Einstellung der Augen, um die herum auch das Auge des Erwachsenen schwankt, bewirken die Muskelsehnengefühle, die feine die Gesichtseindrücke selbst. Sind die Gesichtseindrücke von früher Jugend an undeutlich, so bleibt das Schwanken um die zentrale Fixation erhalten und rhythmisiert sich: juveniler Nystagmus. Dieses Einstellungszittern kann auch später eintreten, wenn die Gesichtseindrücke längere Zeit hindurch undeutlich werden, z. B. beim Aufenthalt im Dunkeln. Dabei wirkt der Umstand mit, daß die Unterscheidungsfähigkeit der Netzhaut im Dunkeln extrafoveal größer ist als an der Fovea selbst. Das Einstellungszittern wird wahrscheinlich leichter auftreten, wenn die Augenmuskeln durch mechanische Verhältnisse, durch ihren Zustand dazu geneigt sind. Beim kleinen Kinde kommt es dabei zu irradiierten Kopfbewegungen: Spasmus nutans, Nystagmus der Bergleute.

H. Vogt.

Ernst Wodall. *Über Enuresis mit Myelodysplasie und Bemerkungen zur Enuresis überhaupt.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXVII, S. 47—60.)

Unter 23 Fällen von Bettnässen, von denen 19 einer Idiotenanstalt angehörten, fand sich 16mal ein krankhafter Befund der Wirbelsäule bei Röntgenuntersuchung, und zwar 11mal Kürze der Dornfortsätze, 8mal Längsspaltung, 3mal offener Sakralkanal. Mit Ausnahme der Fälle von Längsspaltung waren die Fälle, wo der Röntgenbefund krankhafte Veränderungen ergab, auch schon durch Betastung zu erkennen. Abgesehen von den Befunden an der Wirbel-

säule bestand in 5 Fällen Verbildung der Zehen, 5mal Störungen der Wärmeempfindung, 3mal krankhafte Behaarung und 1mal ein Mongolenfleck. Welche Veränderungen des Rückenmarkes den in Abbildungen wiedergegebenen Befunden an der Wirbelsäule entsprechen, müssen Leichenöffnungen entscheiden. Verf. bespricht des weiteren die verschiedenen Formen von Bettnässen, die auslösenden Ursachen und die Behandlung. H. Vogt.

Paul Moser. *Zur pathologischen Anatomie und Bakteriologie der Chorea minor.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXVII, S. 209 bis 233.)

Bei einem 12½jährigen Mädchen, das seit ½ Jahre an Chorea litt und unter den Erscheinungen einer Staphylokokkensepsis starb, fanden sich im Gehirn, besonders in der Großhirnrinde, zahlreiche kleinste Abszeßchen, die nur mikroskopisch erkennbar waren. Da entsprechende Veränderungen im Gehirn auch bei zwei weiteren Fällen von Staphylokokkensepsis vorhanden waren, bei Streptokokkensepsis dagegen fehlten, schließt Verf. auf eine besondere Neigung der Staphylokokken zu Schädigung des Hirns. Mit Rücksicht darauf, daß der vom Verf. erhobene Befund von Staphylokokken bei Chorea nicht vereinzelt dasteht, ist er geneigt, den Staphylokokken eine gewisse ursächliche Bedeutung zuzuschreiben. H. Vogt.

Gustav Lindberg. *Meningealblutung und eitrige Meningitis im frühen Säuglingsalter.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXVI, S. 363 bis 372.)

Verf. berichtet über 4 Fälle von eitriger Hirnhautentzündung bei Säuglingen, bei denen aus den klinischen Erscheinungen, der Beschaffenheit der Lumbalflüssigkeit und in 3 Fällen durch die Obduktion Hirnhautblutungen sichergestellt werden konnten. Die Blutungen waren offenbar bei der Geburt entstanden, denn 2 Kinder hatten schon wenige Tage nach der Geburt Krämpfe und eines zeigte von Geburt an große Schläfrigkeit und Muskelschlaffheit. Die Hirnhautentzündung ist durch nachträgliche Infektion an der Stelle der Blutung entstanden. Unter 27 im Laufe einer Reihe von Jahren beobachteten Fällen eitriger Meningitis im Säuglingsalter von nicht spezifischer Natur waren 6 Fälle aus dem ersten Vierteljahr, 7 aus dem zweiten, 8 aus dem dritten und 6 aus dem vierten. Von den 6 Fällen aus dem ersten Lebensvierteljahr starben 2 im Alter von 3 Monaten an Septikämie, 1 Kind von 2 Monaten wies bei der Sektion eine Pyämie auf; die übrigen Fälle, somit alle unter 2 Monaten, hatten Hirnhautblutungen vor der Meningitis. H. Vogt.

Bossert. *Unangenehme Folgeerscheinungen nach der Lumbalpunktion bei Kindern mit genuiner Epilepsie.* (Monatsschr. f. Kinderheilk., Bd. XV, S. 74.)

Verf. hat bei Kindern mit epileptischen Anfällen nach der Lumbalpunktion unangenehme Folgeerscheinungen beobachtet, die sich in hochgradiger Abgeschlagenheit, Hypotonie, Häufung der

Anfälle, anhaltendem Erbrechen und manchmal in Temperatursteigerung und Kopfschmerzen äußerten.

In einem Falle trat der Exitus letalis ein und bei der Obduktion fanden sich frische Herde in einer chronisch-entzündlichen Leptomeninx, deren Entwicklung möglicherweise auf die Lumbalpunktion zurückzuführen ist.

Wie bei Kindern mit Gehirntumoren, so ist auch bei solchen mit genuiner Epilepsie, wenn sie lumbalpunktiert werden, mit bedenklichen Zufällen zu rechnen und diese sind vor der Entschließung zur Punktion zu berücksichtigen. Autoreferat.

Haut.

Weiß und **Hanfland.** *Beobachtungen über Veränderungen der Hautkapillaren bei Exanthemen.* (A. d. med. Klinik Tübingen.) (Münchener med. Wochenschr., 1918, Nr. 23.)

Mittels der Müller-Weißschen Methode der Hautkapillarbeobachtung wurden Abdominaltyphus- und Fleckfieberroseolen sowie Scharlach- und Masernexantheme untersucht. Es konnten auch an der lebenden Haut genau die gleichen anatomischen Veränderungen festgestellt werden, die bisher für die genannten Erkrankungen an exzidierten Hautstücken als pathognomonisch beschrieben worden sind. Sehr instruktive, farbige Abbildungen sind beigefügt. Sachs (Leipzig).

Auge.

Haab, Zürich. *Über die Vakzinebehandlung der Augengonorrhöe.* (Münchener med. Wochenschr., 1918, Nr. 24.)

Behandlung von Erwachsenen und Neugeborenen. Bei letzteren die Resultate weniger befriedigend wie bei Erwachsenen. In einem Falle Abortivheilung, in mehreren anderen deutliche Abkürzung des Krankheitsprozesses. Verabfolgt wurden an Neugeborenen 100—200 Millionen Typhuskeime zweimal in Abständen von 1 bis 2 Tagen. Fieberreaktion bis über 39°. Sachs (Leipzig).

Kurt Ochsenius. *Eine vereinfachte Blennorrhöebehandlung.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXVII, S. 152—158.)

Durch ein von Fraenkel angegebenes Verfahren gelingt es mit großer Sicherheit, die Blennorrhöe ohne Hornhautschädigung zur Heilung zu bringen. Es genügt zu diesem Zweck, wenn einmal täglich die Konjunktiven mit einer frischen (nicht über eine Woche alten) 2%igen Höllensteinlösung bepinselt werden. Die mit der Pflege des Kindes betrauten Personen dürfen nur mit angefeuchteter Watte den vorquellenden Eiter entfernen, das Auge aber sonst nicht berühren. Alle drei Stunden werden, ohne das Kind deshalb zu wecken,

1—3 Tropfen Paraffinum liquidum puriss. in den äußeren Augenwinkel eingeträufelt. Warme Umschläge werden nur angewendet, wenn die Hornhaut bereits erkrankt war. H. Vogt.

Chirurgie.

Povl Hertz und **K. Secher.** *Ein Fall von Neuroblastoma sympathicum congenitum, kombiniert mit Morbus Addisonii bei einem Kinde.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXVII, S. 367—379.)

Bei einem 2 Monate alten Knaben fand sich eine sehr starke Vergrößerung der Leber, die zunächst noch zunahm, vom 5. Monat ab bis zum Alter von 1 Jahre sich erheblich zurückbildete und von da bis zum Tode des Kindes, der mit 16 Monaten erfolgte, unverändert bestehen blieb. Wie die Obduktion zeigte, war es von einem Neuroblastom der linken Nebenniere aus zu Geschwulstmetastasen in der Leber gekommen, die sich später so weitgehend zurückbildeten, daß nur bei mikroskopischer Untersuchung noch Reste davon in Gestalt von Geschwulstzellen, die in Narbengewebe eingebettet lagen, festgestellt werden konnten. Etwa ½ Jahr lang war bei dem Kinde Bronzefärbung der Haut aufgefallen, die sich einige Wochen vor dem Tode wieder verlor. Sie fand ihre Erklärung in einer ausgedehnten Aplasie der Marksubstanz der rechten Nebenniere. Eine Metastase des Neuroblastons fand sich bei der Obduktion noch im rechten Nierenbecken. H. Vogt.

Soziale Medizin.

J. Meier, München. *Rechtliche Stellung des unehelichen Kindes.* (Münchener med. Wochenschr., 1918, Nr. 23.)

Im Original nachzulesen. Sachs (Leipzig).

Besprechungen.

E. Edens. *Die Digitalisbehandlung.* (Verlag von Urban u. Schwarzenberg, Berlin u. Wien 1916.)

Die wechselvolle Wirkung der Digitalis wurde früher immer auf die Verschiedenheit der Präparate geschoben. Jetzt hat man gleichmäßig zusammengesetzte Präparate, aber die wechselvolle Wirkung ist geblieben und ist Gegenstand des Buches.

Der Verf. geht von den Erfahrungen des Tierversuches aus, in dem die Digitalis eine ganze Reihe von Wirkungen entfaltet, von denen am Krankenbette aber nur die eine, nämlich die Verlängerung der Diastole, die Pulsverlangsamung, faßbar ist. In welchen Fällen setzt Digitalis keine Pulsverlangsamung? Da, wo es sich

um Pulsstörungen bei anatomisch gesunden Herzen handelt, z. B. bei den Pulsstörungen der Neurastheniker, ferner in den Fällen von hypertrophischem, aber leistungsfähigem Herzen und drittens bei den insuffizienten, aber nicht hypertrophischen Herzen.

In diese letzte Gruppe fallen auch die akuten Herzinsuffizienzen infolge Myokarditis bei Infektionskrankheiten, die den Kinderkliniker besonders interessieren. Der Verf. betont dabei, daß von all den vielen Fällen von „Herzschwäche" bei Infektionskrankheiten nur die Minderzahl auf Myokarditis beruhe. Die meisten seien durch eine toxische Vasomotorenschädigung bedingt: nicht der Herzmuskel versage, sondern er erhalte zu wenig Blut von der Peripherie her. In jedem Falle, bei Myokarditis sowohl wie bei Vasomotorenlähmung, dürfte Digitalis unwirksam sein.

Hingegen führt sie in folgenden Fällen zu der bekannten und erstrebten Pulsverlangsamung:

1. bei dekompensierten Herzfehlern;
2. bei dekompensierten Hypertonien (Arteriosklerose, Nephritis, Polyzythämie);
3. bei dekompensierten idiopathischen Herzhypertrophien.

Somit ist die Voraussetzung für eine gute Digitaliswirkung — die Insuffizienz mit gleichzeitiger Hypertrophie, während das nur hypertrophische oder nur insuffiziente Herz ebensowenig anspricht wie das normale Herz. Von dieser Regel gibt es gewisse Ausnahmen. Manche insuffiziente hypertrophische Herzen reagieren nur im Beginne der Digitalisbehandlung mit Pulsverlangsamung. Sobald durch die Digitaliswirkung die Insuffizienz beseitigt ist, hört die Wirksamkeit des Medikamentes auf. Denselben Mißerfolg beobachtet man, wenn es sich um fortgeschrittene Fälle von Herzerkrankungen handelt, bei denen infolge mangelhafter Blutversorgung des Kranzgefäßsystems das Herz in eine Art Lähmungszustand geraten ist. In solchen Fällen kann man noch eine Wirkung erzielen, wenn man gleichzeitig ein Medikament gibt, das entweder direkt reizend auf das Herz oder indirekt auf die Hebung des Koronarkreislaufes wirkt, z. B. die Koffein- und Theobrominpräparate. Ohne Erfolg bleibt Digitalis meist auch bei den insuffizienten hypertrophischen Herzen der Basedowkranken.

In all den bisher genannten Fällen handelt es sich um die Wirkung der Digitalis auf die regelmäßige Herztätigkeit. Ganz anders liegen die Dinge aber beim unregelmäßigen Puls. Diesen Verhältnissen ist die zweite größere Hälfte des Buches gewidmet. Das Thema „Digitalis" wird hier weit überschritten und dem Leser eine eingehende Darstellung der neuesten Herzphysiologie und -pathologie gegeben. Eine genauere Inhaltsangabe verbietet sich schon aus Rücksicht auf den Raum, erübrigt sich zum Teil auch aus dem Grunde, weil es sich hauptsächlich um Herzstörungen handelt, die bislang nur beim Erwachsenen studiert worden sind (sporadische Extrasystolen, Vorhofsflimmern, Bigeminus, Alternans, Block, Tachykardien der verschiedensten Art.) Das Ergebnis

ist jedesfalls das, daß für die Anwendung der Digitalis der Allgemeinzustand des Kranken maßgebend ist.

Praktisch wichtige Ergebnisse enthält das nächste Kapitel über die harntreibende Wirkung der Digitalis. Nur wenn Wassersucht infolge Herzschwäche vorliegt, führt Digitalis zur Steigerung der Harnmenge. Dasselbe gilt bemerkenswerterweise für die gewöhnlich als „Nierenmittel" angesehenen Xanthinkörper wie Koffein und Theobromin. Auch sie steigern die Harnmenge nur bei kardialen Ödemen. Für die renalen Ödeme bleibt als Heilmittel nur die kochsalzfreie Kost übrig. Birk (Kiel).

Ergänzende Literaturübersicht.

Allgemeines.

Frank C. Neff. Progress in Pediatrics for 1915. Pediatrics, 1916, Bd. XXVIII, S. 157.

Physiologie und allgemeine Pathologie.

S. Cannata. Sulla presenza di adrenalina nel sangue del neonato. La Pediatria, 1915, Bd. XXIII, S. 244.

Heinrich Fischer. Beitrag zur Radiologie der Bewegungsvorgänge am kranken Magen. Mitt. Grenzgeb., 1915, Bd. XXVIII, S. 843.

A. Levinson. Studies in spinal-fluid. Arch. of Pediatr., 1916, Bd. XXXIII, S. 241.

B. K. Rachford. Obscure fevers in infancy and childhood. (Dunkle Fieberzustände im Kindesalter.) Lancet-Clinic, 2. Oktober 1915. Wachenheim (New York).

F. W. Schlutz and **C. J. V. Pettibone.** Quantitative determination of non protein nitrogen in the blood of the new-born. (Quantitative Bestimmung des Nichtproteinstickstoffes im Blute der Neugeborenen.) Amer. Journ. Dis. Childr., September 1915. Wachenheim (New York).

Isaak Spielrein. Über Kindermessungen in Rostow am Don. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1916, Bd. XXIX, S. 451, 503, 548.

Allgemeine Diagnostik.

R. D. Moffett. Observations on the intracutaneous reaction of Schick in 455 infants and children. (Beobachtungen mit der Schickschen Reaktion an 455 Kindern.) Journ. Amer. Med. Assoc., 18. September 1915.
Verf. notiert das häufige Vorkommen einer familiären Immunität. Wachenheim (New York).

Behandlung und Pflege.

H. R. Carroll. Prophylaxis in pediatrics. (Prophylaxe in der Kinderheilkunde.) Lancet-Clinic, 26. Juni 1915. Wachenheim (New York).

— Prophylaxis in pediatrics. Pediatrics, 1915, Bd. XXVII, S. 439.

Doernberger. Säuglingspflege. Bl. f. Säuglings- u. Kleinkinderfürsorge, 1917, Bd. VIII, S. 228.

Finley Ellingwood. Therapeutic suggestions in children's diseases. Pediatrics, 1915, Bd. XXVII, S. 541.

E. B. Gerlach. Inunction therapy in infancy and childhood. (Inunktionstherapie im Kindesalter.) West Virginia Med. Journ., Oktober 1915. Wachenheim (New York).

H. F. Helmholz. The longitudinal sinus as the place of preference in infancy for intravenous aspiration and injections, including transfusions. (Der Sinus longitudinalis als Vorzugsstelle für intravenöse Aspiration, Injektion und Transfusion.) Amer. Journ. Dis. Childr., September 1915. Wachenheim (New York).

P. Lehmann. Zur Nervenhygiene des Säuglings. Mutter und Kind, 1916, Bd. VIII, Nr. 5, 6/7.

Pharmakologie und Toxikologie.

Irvin Lindenberger. Pituitary extract (anterior lobe) in idiocy and epilepsy (Cerebrospinal meningitis) (Pediatrics, 1916, Bd. XXVIII, S. 4.

Bakteriologie.

A. Gehrmann. The incubation time in the culture diagnosis of diphtheria. (Die Inkubationszeit bei der Kulturdiagnose der Diphtherie.) Amer. Journ. of Pub. Health, Oktober 1915. Wachenheim (New York).

W. G. Mc Kay. The municipal control of diphtheria. (Städtische Kontrolle der Diphtherie.) Amer. Journ. of Pub. Health, Oktober 1915. Wachenheim (New York).

May Michael. Recovery of the colon bacillus from the spinal-fluid of a five months' old infant. Arch. of Pediatr., 1916, Bd. XXXIII, S. 280.

Serologie und Immunitätslehre.

Franz v. Groër und **Karl Kassowitz.** Studien über die normale Diphtherieimmunität des Menschen. I. Mitt. Über die Natur des normalen menschlichen Diphtherieschutzkörpers (speziell beim Neugeborenen). Zeitschr. f. Immunforsch. und exper. Therap., Orig., 1914, Bd. XXII, S. 404. Vorgetragen von v. Groër in der Deutschen Ges. f. Kinderheilk., Wien, September 1913. S. Ref., Monatschr. f. Kinderheilk. 1913, XII, S. 527.

Entwicklung und Sprache.

G. H. Clark. Craniometry in diseases of children. (Kraniometrie in der Kinderheilkunde.) Journ. Amer. Med. Assoc., 31. Juli 1915. Wachenheim (New York).

G. H. Makuen. The psychology of stammering. (Psychologie des Stotterns.) New York Med. Journ., 17. Juli 1915. Wachenheim (New York).

Ernährung, Ernährungsstörungen, Ernährungstherapie.

A. C. Ames. The Summer diarrheas of children. (Sommerdiarrhöen der Kinder.) Missouri State Med. Assoc. Journ., Juni 1915. Wachenheim (New York).

G. M. Anderson. Infant feeding by simple dilutions. (Die Säuglingsernährung mittels einfachen Verdünnungen.) Colorado Med., Juni 1915. Wachenheim (New York).

Wallace Beveridge and **William E. Fitch.** The evil effects of artificial feeding of infants exhibited in after life, with reference to the injury done to the ductless glands. Pediatrics, 1915, Bd. XXVII, S. 522.

F. van der Bogert. Some remote effects of bad feeding. (Fernwirkung schlechter Nährmethoden.) Albany Med. Annals, August 1915. Wachenheim (New York).

Ronald Carter. The use of undiluted cetrated milk in the feeding of infants. Pediatrics, 1916, Bd. XXVIII, S. 107.

M. H. Edelman. Simple guides for the artificial feeding on infants. Pediatrics, 1916, Bd. XXVIII, S. 61.

J. Epstein. Artificial infant feeding. (Künstliche Säuglingsernährung.) Med. Record, 13. November 1915. Wachenheim (New York).

— Chronic constipation in infants. (Chronische Obstipation bei Säuglingen.) New York Med. Journ., 27. November 1915. Wachenheim (New York).

— Vomiting in infancy. Pediatrics, 1916, Bd. XXVIII, S. 310.

A. Friedlander. Clean milk as a factor in the reduction of infant mortality. (Herabsetzung der Kindersterblichkeit durch Versorgung reiner Milch.) Lancet-Clinic, 10. Juli 1915. Wachenheim (New York).

Caroline L. Haut. Proper food for young children. Pediatrics, 1916, Bd. XXVIII, S. 112.

Rudolf Hess. Die Ernährungsbedingungen des Säuglings im Kriege. Zeitschr. f. Bevölkerungspolitik u. Säuglingsfürsorge, 1916, Bd. IX, S. 47, 90, 117; 1917, Bd. IX, S. 139.

A. Hessenbach. Von der mütterlichen Stillpflicht und ..... Bl. f. Säuglings- und Kleinkinderfürsorge, 1917, Bd. VIII, S. 202.

C. A. Johnson. Infant feeding from the standpoint of a country pediatrist. (Die Säuglingsernährung in der Landpraxis.) Oklahoma State Med. Assoc. Journ., August 1915. Wachenheim (New York).

C. K. Johnson. The management of breast feeding. (Handhabung des Stillens.) Boston Med. Surg. Journ., 19. August 1915. Wachenheim (New York).

— The mangement of breast-feeding. (Handhabung des Stillens.) Pennsylvania Med. Journ., Oktober 1915. Wachenheim (New York).

— Diarrhea in infancy. (Diarrhöe im Säuglingsalter.) New York Med. Journ., 6. November 1915. Wachenheim (New York).

A. I. Kendall. The relation of bacteria to the etiology of summer diarrhea in young children. (Bakteriologie der Sommerdiarrhöen bei kleinen Kindern.) Boston Med. and Surg. Journ., 10. Juni 1915. Wachenheim (New York).

H. P. Kirtley. The vomiting of infants. (Das Erbrechen bei Säuglingen.) Colorado Med., Juni 1915. Wachenheim (New York).

Ernst H. Koch. Treatment of acute gastro-enteritis in children. Pediatrics, 1915, Bd. XXVII, S. 480.

M. Ladd. Homogenized olive oil and fat-free milk mixtures in cases of difficult feeding. (Homogenisierte Mischungen von Olivenöl und fettfreier Milch bei schweren Ernährungsfällen.) Arch. of Pediatr., Juni 1915. Wachenheim (New York).

Harold Ruckman Mixsell. A short history of infant feeding. Arch. of Pediatr., 1916, Bd. XXXIII, S. 282.

G. R. Pisek. The diagnosis and classification of difficult feeding cases after the first year. (Diagnose und Einteilung schwerer Ernährungsfälle im zweiten Lebensjahr.) Arch. of Diagnosis, April 1915. Wachenheim (New York).

Eric Pritchard. The citrated whole-milk method in the feeding of infants. Pediatrics, 1916, Bd. XXVIII, S. 98.

H. M. Reeder. The treatment of infantile diarrhea. (Behandlung des Durchfalls der Säuglinge.) Oklahoma State Med. Assoc. Journ., August 1915. Wachenheim (New York).

G. D. Scott. Modern infant feeding. (Moderne Säuglingsernährung.) New York Med. Journ., 27. November 1915.
Wachenheim (New York).

D. L. Smith. Milk in the diet of infants. (Milch bei der Säuglingsdiät.) South Carolina Med. Assoc. Journ., Oktober 1915.
Wachenheim (New York).

Thomas S. Southworth. Sugars and starches in infant feeding. Pediatrics, 1916, Bd. XXVIII, S. 47.

C. Stein. Progress in infant feeding. (Fortschritt in der Säuglingsernährung.) Kansas Med. Soc. Journ., September 1915.
Wachenheim (New York).

Milchwissenschaft und Molkereipraxis.

W. H. Park, M. C. Schroeder and **P. Bartholow,** A sanitary study of condensed milk. (Über die kondensierte Milch.) New York Med. Journ., 27. November 1915.
Empfehlung der verzuckerten kondensierten Milch. Die Befürchtung des Zuckerfiebers soll unbegründet sein.
Wachenheim (New York).

Luigi Sivori. Sulla presenza di principi difensivi nel latte di animali immunizzati contro la tubercolosi. La Pediatria, 1915, Bd. XXIII, S. 248.

Wachstum und Stoffwechsel.

Eric Pritchard. Acidosis and cyclic vomiting in childhood. Pediatrics, 1916, Bd. XXVIII, S. 356.

Fötus und Embryo.

M. L. Edward. Prenatal care. (Pränatale Pflege.) Journ. Amer. Med. Assoc., 16. Oktober 1915. Wachenheim (New York).

Neugeborene.

F. G. Benedict and **T. B. Talbot.** The physiology of the new born infant. Pediatrics, 1916, Bd. XXVIII, S. 353.

J. C. Hubbard. Suggestion in the treatment of hemorrhagic disease of the new-born. (Die Behandlung der Hämophilie der Neugeborenen.) Boston Med. and Surg. Journ., 10. Juni 1915.
Wachenheim (New York).

Harold J. Morgan. Care of the new-born. Pediatrics, 1916, Bd. XXVIII, S. 51.

Infektionskrankheiten und parasitäre Erkrankungen.

Louis C. Ager. The present epidemic of poliomyelitis — the types which it presents. Arch. of Pediatr., 1916, Bd. XXXIII, S. 592.

Murray H. Bass. The treatment of the acute stage of anterior poliomyelitis. Arch. of Pediatr., 1916, Bd. XXXIII, S. 611.

W. W. Behlow. Pertussis. California State Journ. of Med., Juli 1915.
Wachenheim (New York).

A. J. Bell. The modern dosage of diphtheria antitoxin. (Moderne Dosierung des Diphtherieheilserums.) Lancet-Clinic, 31. Juli 1915.
Wachenheim (New York).

D. G. Campbell. A case of hemorrhagic chicken-pox. (Fall von hämorrhagischen Windpocken.) Canadian Med. Assoc. Journ., Juli 1915.
Wachenheim (New York).

Aldo Castellani. Breve nota sulla cura di un caso di Kala-azar. La Pediatria, 1915, Bd. XXIII, S. 241.

F. S. Crum. A statistical study of whooping-cough. (Statistische Untersuchung über den Keuchhusten.) Amer. Journ. of Pub. Health, Oktober 1915. Wachenheim (New York).

A. v. Decastello. Weitere Beiträge zur Vakzinetherapie des Abdominaltyphus. Gesellsch. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, XV. Jahrg. 1916, S. 33.

George Draper. Abortive and non — paralytic cases of poliomyelitis — their importance and their recognition. Arch. of Pediatr., 1916, Bd. XXXIII, S. 590.

Haven Emerson. The importance of the present epidemic of poliomyelitis. Arch. of Pediatr., 1916, Bd. XXXIII, S. 584.

Simon Flexner. The nature, manner of conveyance and means of prevention of infantile paralysis. Pediatrics, 1916, Bd. XXVIII, S. 341 und 562.

S. C. Frankel. Pertussis vaccine as prophylactic. (Pertussisvakzine als Prophylaktikum.) Kentucky Med. Journ., September 1915. Wachenheim (New York).

J. R. Graham. Scarlet fever. (Scharlachfieber.) New York Med. Journ., 11. September 1915. Wachenheim (New York).

J. Grossman. The prevention and treatment of deformities in anterior poliomyelitis. (Verhütung und Behandlung der Difformitäten bei der Kinderlähmung.) Med. Record, 11. September 1915. Wachenheim (New York).

E. H. Hunt. Measles and its complications. (Masern und ihre Komplikationen.) Arkansas Med. Soc. Journ., September 1915. Wachenheim (New York).

A. D. Kaiser. A case of erysipelas treated with whole blood from convalescent patient. (Behandlung des Erysipels mittels Transfusion von einem Rekonvaleszenten.) Arch. of Pediatr., Juli 1915. Wachenheim (New York).

Henry Koplik. Acute poliomyelitis. Arch. of Pediatr., 1916, Bd. XXXIII, S. 575.

A. Kuhlmann. Cerebrospinal meningitis. Journ. Lancet, 15. Oktober 1915. Wachenheim (New York).

E. G. Martin and **R. W. Lovett.** A method of testing muscular strength in infantile paralysis. (Methode zur Muskelkraftprüfung bei der Kinderlähmung.) Journ. Amer. Med. Assoc., 30. Oktober 1915.
Verff. verwenden die Messung der Resistenz gegen eine Springfederwage. Wachenheim (New York).

Henry B. Minton. Pneumonia complicating measles. Pediatrics, 1915, Bd. XXVII, S. 586.

Josephine B. Neal. Laboratory aids in the diagnoses of poliomyelitis. Arch. of Pediatr., 1916, Bd. XXXIII, S. 595.

M. Olmstead and **P. Luttinger.** Complement fixation in pertussis. Arch. Intern. Med., Juli 1915.
Die Erfahrungen der Verff. bestätigen die Rolle des Bordet-Gengou-Bazillus. Wachenheim (New York).

K. G. Percy. Analysis of 308 cases of typhoid in children. (Studie von 308 Fällen von Abdominaltyphus bei Kindern.) Boston Med. and Surg. Journ., 14. Oktober 1915.
Komplikationen waren verhältnismäßig selten und die Mortalität betrug kaum 3%. Wachenheim (New York).

R. G. Perkins. The epidemiology of whooping cough and diphtheria in Cleveland in 1914. (Epidemiologie des Keuchhustens und der Diphtherie in Cleveland im Jahre 1914.) Cleveland Med. Journ., September 1915. Wachenheim (New York).

W. A. Sawyer. Epidemiologic study of poliomyelitis. (Epidemiologische Untersuchung über Poliomyelitis.) Amer. Journ. of Trop. Dis. and Prevent. Med., September 1915. Wachenheim (New York).

Spaet. Die übertragbare Genickstarre. Deutsche Vierteljahrsschr. f. Gesundheitspfl., 1915, Bd. XLVII, S. 373.

C. A. Stammel jr. The newer antitoxin treatment of diphtheria. (Die neuere Antitoxinbehandlung der Diphtherie.) Lancet-Clinic, 12. Juni 1915. Wachenheim (New York).

P. H. Sylvester. A case of anterior poliomyelitis with multiple paralyses. (Fall von Kinderlähmung mit multiplen Lähmungen.) Boston Med. and Surg. Journ., 16. September 1915.

Merkwürdig war die Lähmung der linken Hälfte des Zwerchfelles. Wachenheim (New York).

J. G. Wilson. Some important factors affecting the incidence of measles and the fatality therefrom. Arch. of Pediatr., 1916, Bd. XXXIII, S. 261.

Tuberkulose.

H. J. Achard. On the relation of tuberculosis in children to the tuberculosis problem. Pediatrics, 1915, Bd. XXVII, S. 416.

G. K. Dickinson. The child and the tuberculosis problem. (Das Kind und die Tuberkulosefrage.) New Jersey Med. Soc. Journ., Juni 1915. Wachenheim (New York).

Luigi Fadda. Intorno alla prognosi della tubercolosi ganglio-pulmonare dei lattanti. La Pediatria, 1916, Bd. XXIII, S. 339.

Ferdinando Fonzo. Sulla guaribilità della meningite tubercolare. La Pediatria, 1915, Bd. XXIII, S. 334.

W. A. Fowler. Tuberculosis in children. (Tuberkulose bei Kindern.) Oklahoma State Med. Assoc. Journ., August 1915. Wachenheim (New York).

T. Frazier. Tuberculosis: a disease of childhood. (Tuberkulose als Kinderkrankheit.) Old Dominion Journ. of Med. and Surg., August 1915. Wachenheim (New York).

E. B. Friedenwald and **W. Greenfeld.** Tuberculous tumors of the brain. (Tuberkulöse Hirntumoren.) Amer. Journ. Dis. Child., Juni 1915. Wachenheim (New York).

J. L. Morse. What constitutes tuberculosis in childhood. (Tuberkulose im Kindesalter.) Boston Med. and Surg. Journ., 28. Oktober 1915. Wachenheim (New York).

G. Nobl. Seltenere Formen der Hauttuberkulose und Entwicklungshemmungen der Haut. Sitzung vom 18. Jänner 1917. Mitt. d. Gesellsch. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1917, Bd. XVI, S. 3.

J. H. Peck. The childhood susceptibility to tuberculous infection. (Kindliche Empfänglichkeit für Tuberkulose.) Iowa State Med. Soc. Journ., Oktober 1915. Wachenheim (New York).

B. S. Pollak. Tuberculosis in childhood. (Tuberkulose im Kindesalter.) New Jersey Med. Soc. Journ., August 1915. Wachenheim (New York).

F. M. Pottenger. The relation of bovine infection in the child to clinical tuberculosis in the adult. (Verhältnis der bovinen Infektion des Kindes zur Tuberkulose der Erwachsenen.) Southern Med. Journ., November 1915.

Die bovine Infektion hat wenig Neigung, in späteren Jahren sich fortzusetzen. Wachenheim (New York).

G. Repaci. Contributo allo studio delle infezioni secondarie nella tubercolosi infantile. La Pediatria, 1915, Bd. XXIII, S. 258.

W. W. Riha. Tuberculosis in children. (Tuberkulose bei Kindern.) Med. Record, 7. August 1915. Wachenheim (New York).

Rollier. Sonne — Tod der Tuberkulose. Mutter und Kind, 1916, Jahrg. VIII, Nr. 5.

Thiele. Tuberkulöse Kinder. Der Schularzt, 1917, Bd. XV, S. 257.

I. O Woodruff. The care of the tuberculous child. (Pflege des tuberkulösen Kindes.) Arch. of Pediatr., Juli 1915. Wachenheim (New York).

C. Youtsey. Tuberculosis in infancy and childhood. (Tuberkulose im Kindesalter.) Kentucky Med. Journ., 1. August 1915.
Wachenheim (New York).

Syphilis.

Alfred Gordon. The value of the Wassermann reaction in mental deficiency in children. Study of seventy-eight cases. Arch. of Pediatr., 1916, Bd. XXXIII, S. 273.

Zirkulationsapparat.

M. H. Bass. Differentiation between functional and organic cardiac disease in children. (Differenzierung funktioneller und organischer Herzkrankheiten.) New York Med. Journ., 24. Juli 1915.
Wachenheim (New York).

R. D. Moffett and **S. Neuhof.** Congenital dextrocardia with patent interventricular septum. (Angeborene Dextrokardie mit offener Interventrikularwand.) Amer. Journ. Dis. Childr., Juli 1915.
Wachenheim (New York).

J. L. Morse. A case of congenital heart disease. (Fall von angeborenem Herzfehler.) Amer. Journ. Dis. Childr., Juli 1915.
Wachenheim (New York).

E. H. Schorer. Congenital heart lesions in infancy and childhood. (Angeborene Herzfehler.) Missouri State Med. Assoc. Journ., September 1915. Wachenheim (New York).

H. E. Tuley. Heart disease in childhood. (Herzerkrankungen im Kindesalter.) Amer. Journ. of Obstet., Juli 1915.
Wachenheim (New York).

Henry Enos Tuley. Heart disease in childhood. Pediatrics, 1915, Bd. XXVII, S. 431.

Respirationsorgane.

J. Martin. Pneumonia in children. (Pneumonie bei Kindern.) Kentucky Med. Journ., November 1915. Wachenheim (New York).

Stanley W. Pallister. Differentation between lobar pneumonia and appendicitis in children. Pediatrics, 1915, Bd. XXVII, S. 589.

J. H. Pritchett. The treatment of pneumonia in childhood. (Behandlung der Pneumonie im Kindesalter.) Kentucky Med. Journ., Juni 1915. Wachenheim (New York).

F. B. Stephenson. Pleurisy with purulent effusion in an infant two monts old. (Empyem bei einem zweimonatlichen Kinde.) Colorado Med., Juni 1915. Wachenheim (New York).

Blut und blutbildende Organe.

Oswald Meyrich. Blutarmut und Krieg. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1917, Bd. XXX, S. 151.

Lymphatischer Apparat.

E. C. Rosenow and **V. H. Moon.** The Elmhurst epidemic of sore throat and the virulence of streptococci isolated from milk. (Epidemie von Angina von virulenten Milchstreptokokken.) Journ. Infect. Dis., Juli 1915. Wachenheim (New York).

Verdauungstraktus.

K. H. Aynesworth. Acute appendicitis in children. (Akute Appendizitis bei Kindern.) Amer. Journ. of Obstet., November 1915.
Wachenheim (New York).

F. N. Cochems and **A. J. Bender.** Congenital stenosis of the pylorus. (Angeborene Pylorusstenose.) Colorado Med., Juni 1915. Wachenheim (New York).

O. W. Hill. Pyloric stenosis in infants. (Pylorusstenose.) Tennessee State Med. Assoc. Journ., Juni 1915. Wachenheim (New York).

F. V. Hussey. Acute intussusception in infants. (Akute Darminvagination bei Säuglingen.) Providence Med. Journ., Juli 1915. Wachenheim (New York).

W. H. Livermore. Intussusception. Oklahoma State Med. Assoc. Journ., September 1915. Wachenheim (New York).

W. L. Peple. Appendicitis in children. (Appendizitis bei Kindern.) Old Dominion Journ. of Med. and Surg., Mai 1915. Wachenheim (New York).

H. B. Riley. Congenital hypertrophic stenosis of the pylorus. (Angeborene hypertrophische Pylorusstenose.) Illinois Med. Journ., September 1915. Wachenheim (New York).

A. A. Strauss. New methods of pyloroplasty for congenital pyloric stenosis. (Neue pyloroplastische Verfahren bei angeborener Pylorusstenose.) Journ. Amer. Med. Assoc., 30. Oktober 1915. Wachenheim (New York).

J. T. Strawn. Congenital hypertrophic stenosis of the pylorus. (Angeborene hypertrophische Pylorusstenose.) Iowa State Med. Soc. Journ., Oktober 1915. Bericht über drei Fälle. Wachenheim (New York).

B. F. Zimmerman. Two cases of intestinal obstruction. Pediatrics, 1915, Bd. XXVII, S. 583.

Leber und Gallenwege.

W. H. Mayer. Acute yellow atrophy of the liver in a child of four. (Akute gelbe Leberatrophie bei einem vierjährigen Kinde.) Journ. Amer. Assoc., 24. Juli 1915. Wachenheim (New York).

Urogenitalsystem.

Salvatore Maggiore. Contributo alla patogenesi delle affezioni purulente delle vie urinarie nell' infanzia. La Pediatria, 1915, Bd. XXIII, S. 321.

J. O. Segura. Pyelitis in infancy and childhood. (Pyelitis im Kindesalter.) Southwest Journ. of Med. and Surg., Oktober 1915. Wachenheim (New York).

Bewegungsapparat.

B. F. Zimmerman. Arthritis and endocardis; report of a case. Pediatrics, 1916, Bd. XXVIII, S. 12.

Psychologie und Psychopathologie.

Ernst Bloch. Die Intelligenzprüfungen nach Binet-Simon in ihrer Bedeutung für die Hilfsschulkinder. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1915, Jahrg. XXVIII, S. 385.

J. Girstenberg. Einfluß des Krieges auf psychopathische Jugendliche. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1915, Jahrg. XXVIII, S. 445.

J. V. Haberman. Clinical psychology in its relation to the school and to social medicine. (Verhältnis der klinischen Psychologie zur Schule.) Med. Record, 20. November 1915. Wachenheim (New York).

V. Hampel. Ein schwachsinniges Wunderkind. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1915, Jahrg. XXVIII, S. 483.

C. W. Kollock. The backward child. (Das zurückgebliebene Kind.) South Carolina Med. Assoc., Journ., August 1915.
Wachenheim (New York).

M. Neustaedter. The mentally backward child from the standpoint of the neurologist. (Das zurückgebliebene Kind vom neurologischen Standpunkte.) Amer. Journ. of Obstet., September 1915.
Wachenheim (New York).

R. Reed. Clinical study of stammering. (Klinische Untersuchung über das Stottern.) Lancet-Clinic, 16. Oktober 1915.
Wachenheim (New York).

Sonnenberger. Moderne Sexualpädagogik. Der Schularzt, 1916, Bd. XIV, S. 425.

W. B. Swift. Studies in speech disorder. (Sprachstörungen.) Boston Med. and Surg. Journ., 4. November 1915.
Wachenheim (New York).

Franz Weigl. Psychopathologische Fälle und psychische Mängel normaler Kinder. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1915, Jahrg. XXVIII, S. 394.

Erziehung.

Emil Fröschels. Ratschläge für die Erziehung kleiner Kinder. Verlag Moritz Perles, Wien 1916.

Erkrankungen des Zentralnervensystems.

C. G. Grulee. Spasmophilic convulsions in infancy. (Spasmophile Krämpfe im Säuglingsalter.) Michigan State Med. Soc. Journ., November 1915. Wachenheim (New York).

Peter Hanssen. Über Behandlung des chronischen Hydrozephalus der Kinder durch fortgesetzte Gehirnpunktionen. Der Kinderarzt, März 1916, Jahrg. XXVII, Nr. 3.

A. W. Ives. Diagnostic phenomena of infantile weak mindedness, namely: Imbecility, dementia and idiocy. Pediatrics, 1916, Bd. XXVIII, S. 67.

M. Kretschmer. Zur Neuropathie des kindlichen Alters. (A. d. med.-poliklin. Institut d. Univ. Berlin.) Zeitschr. f. physikal. u. diätet. Therap., 1914, Bd. XVIII, S. 206.

M. Neustaedter. The relation of Landry's paralysis to poliomyelitis. (Verhältnis der Landryschen Lähmung zur Poliomyelitis.) Med. Record, 11. September 1915.
Verf. erblickt in der ersteren eine klinische, in letzterer eine pathologische Einheit. Wachenheim (New York).

W. Ravine. The treatment of enuresis by psychotherapy. (Psychotherapie der Enurese.) Ohio State Med. Journ., September 1915.
Wachenheim (New York).

O. H. Rockwell. A case of spina bifida. (Fall von Spina bifida.) Pennsylvania Med. Journ., September 1915.
Wachenheim (New York).

A. Strauch. Pathology of myatonia congenita (Oppenheim). Amer. Journ. Dis. Child., Juli 1915. Wachenheim (New York).

J. M. Wolfsohn. Amaurotic idiocy. (Amaurotische Idiotie.) Arch. of Int. Med., 15. August 1915.
Der Fall betraf ein dreijähriges Kind beiderseits arischer Abstammung. Wachenheim (New York).

Stoffwechselkrankheiten.

Alfred M. Hess. Infantile scurvy. Pediatrics, 1916, Bd. XXVIII, S. 305.

Haut.

A. Schiff. Über das gehäufte Auftreten einer eigenartigen Ödemkrankheit. Beibl. z. d. Mitt. d. Gesellsch. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1917, Bd. XVI, S. 12.

— Über die sogenannte Ödemkrankheit. Sitzung vom 10. Mai 1917. Mitt. d. Gesellsch. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 1917, Bd. XVI, S. 26.

Auge.

Bachauer. Ophthalmologische Beobachtungen aus den Volksschulen Augsburgs. Der Schularzt, 1917, Bd. XV, S. 81, 129.

H. P. de Forest. Blindness of the new-born. (Blindheit der Neugeborenen.) New York Med. Journ., 5. Juni 1915.
Wachenheim (New York).

H. F. Hansell. A case of bilateral glioma of the retina. (Bilaterales Gliom der Netzhaut.) Amer. Journ. Dis. Child., Juni 1915.
Wachenheim (New York).

Marx Lobsien. Über das Sehen mit einem Auge. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1915, Jahrg. XXVIII, S. 433, 488, 531.

Mund, Nase, Ohr, Kehlkopf.

Bachauer. Fünf Jahre ohrenärztlicher Beobachtungen in den Volksschulen Augsburgs. Der Schularzt, 1916, Bd. XIV, S. 233, 281.

W. R. P. Emerson. Acute otitis media in infancy and early childhood. (Akute Mittelohrentzündung im frühen Kindesalter.) Boston Med. and Surg. Journ., 21. Oktober 1915.
Wachenheim (New York).

Gaylord C. Hall. Streptococcic sore throat with edema of the larynx and paralysis of the soft palate. Pediatrics, 1915, Bd. XXVII, S. 537.

James Royden Peabody. Diagnosis and frequency of thrombosis of the lateral sinus. Pediatrics, 1915, Bd. XXVII, S. 469.

A. G. De Sanctis. Case of canorum oris treated with neosalvarsan. (Behandlung der Mundfäule mit Neosalvarsan.) New York Med. Journ., 25. September 1915. Wachenheim (New York).

C. H. Smith. A case of acute otitis media in a 17 months old child. (Fall von akuter Mittelohrentzündung bei einem 17monatlichen Kinde.) New York Med. Journ., 20. November 1915.
Wachenheim (New York).

Chirurgie.

S. M. Johns. Four cases of congenital fracture of the clavicle. (Vier Fälle von angeborener Schlüsselbeinfraktur.) Journ. Lancet, 15. September 1915. Wachenheim (New York).

Orthopädie.

Gertrud Buetz. Die orthopädische Schulkinderfürsorge. Der Schularzt, 1916, Bd. XIV, S. 521.

C. G. McEachern. Tendon transplantation following infantile paralysis. (Sehnentransplantation nach Kinderlähmung.) Colorado Med., Juli 1915. Wachenheim (New York).

L. W. Ely. Double clubfoot in twins. (Doppelter Klumpfuß bei Zwillingen.) Med. Record, 19. Juni 1915.
Wachenheim (New York).

H. W. Marshall and **R. B. Osgood.** Late results of operations for correction of foot deformities resulting from poliomyelitis. (Späterfolge der Operation zur Korrigierung von Fußdifformitäten infolge von Poliomyelitis.) Boston Med. and Surg. Journ., 9. September 1915.
Wachenheim (New York).

A. H. Tubby. Orthopedic surgery. Pediatrics, 1915, Bd. XXVII, S. 424.

Charlton Wallace. Orthopedic observation in the treatment of anterior poliomyelitis. Arch. of Pediatr., 1916, Bd. XXXIII, S. 599.

J. K. Young. Treatment of scoliosis. (Behandlung der Skoliose.) Amer. Journ. Med. Sciences, Juli 1915.
Wachenheim (New York).

Hygiene und soziale Medizin.

Theodor Altschul. Jugendfürsorge und Lehrerschaft. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1916, Jahrg. XXIX, S. 14, 49, 108, 161.

Edward A. Ayers. The conservation of infant life. Pediatrics, 1916, Bd. XXVIII, S. 6.

Bachauer. Die Einwirkung des Krieges auf die Gesundheit der Jugend. Verhandlungen der XV. Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Schulgesundheitspflege. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1917, Bd. XXX, S. 300.

S. J. Baker. The future lines of progress in child hygiene work. (Zukünftige Fortschritte in der Kinderhygiene.) New York Med. Journ., 5. Juni 1915. Wachenheim (New York).

Marie Baum. Die Familienfürsorge in Düsseldorf. Mutter und Kind, 1915, Jahrg. VIII, Nr. 3.

— Vormundschaft und Kindefürsorge auf dem Lande. Mutter und Kind, 1916, Jahrg. VIII, Nr. 6/7.

— Aus der Säuglingsfürsorge im Regierungsbezirk Düsseldorf, Kriegsjahr 1915/16. Zeitschr. f. Bevölkerungspolitik u. Säuglingsfürsorge, 1916, Bd. IX, S. 12, 55.

— Sozialhygienische Bevölkerungspolitik. Zeitschr. f. Bevölkerungspolitik und Säuglingsfürsorge, 1917, Bd. IX, S. 321.

— Beamtinnen im Dienste der Sozialversicherung, Zeitschr. f. Bevölkerungspolitik u. Säuglingsfürsorge, 1917, Bd. IX, S. 368.

Heinrich Behm. Geburtenrückgang und Volkssittlichkeit. Zeitschr. f. Bevölkerungspolitik u. Säuglingsfürsorge, 1917, Bd. X, S. 65.

v. Behr-Pinnow. Die Schäden des Ammenwesens und ihre Bekämpfung. Der Frauenarzt. Monatsh. f. Gynäkol. u. Geburtsh., 1916, Jahrg. XXXI, H. 1.

Bernhard Bendix. Zehn Jahre Säuglingsfürsorge in Charlottenburg. Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge, 1915, Bd. VIII, S. 311, 321.

Margarete Bolder. Kleinkinderfürsorge. Bl. f. Säuglings- u. Kleinkinderfürsorge, 1917, Bd. VIII, S. 377.

H. Brüning. Geburtenrückgang und Volksgesundheit. Zeitschr. f. Bevölkerungspolitik u. Säuglingsfürsorge, 1917, Bd. X, S. 1.

E. B. McCready. Mental hygiene in childhood. (Geistige Hygiene des Kindesalters.) Illinois Med. Journ., Oktober 1915.
Wachenheim (New York).

Doernberger. Hebamme und Säuglingsfürsorge. Bl. f. Säuglingsfürsorge, 1915, Jahrg. VI, S. 377.

— Kindersterblichkeit und Kinderfürsorge auf Kuba. Bl. f. Säuglingsfürsorge, 1916, Jahrg. VII, S. 129.

C. Easton. Infant mortality in Minnesota. (Säuglingssterblichkeit in Minnesota.) Journ. Lancet, 1. Oktober 1915.
Wachenheim (New York).

Ehrenberg. Geburtenrückgang und Volkswirtschaft. Zeitschr. f. Bevölkerungspolitik u. Säuglingsfürsorge, 1917, Bd. X, S. 33.

Eidam. Sieben Jahre Säuglingsfürsorge in Gunzenhausen. Bl. f. Säuglings- u. Kleinkinderfürsorge, 1916, Jahrg. VIII, S. 42.

Hecker. Wesen und Bedeutung der Bayrischen Wanderausstellung. Bl. f. Säuglings- u. Kleinkinderfürsorge, 1917, Jahrg. IX, S. 34.

— Wanderausstellung und die ständige Ausstellung des Landesverbandes für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge in Bayern. Bl. f. Säuglings- u. Kleinkinderfürsorge, 1917, Bd. VIII, S. 99.

— Zusammenfassender Bericht über die Tätigkeit des Bezirksverbandes München für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge für die Jahre 1913—1916. Bl. f. Säuglings- u. Kleinkinderfürsorge, 1917, Bd. VIII, S. 295.

Henkel. Der Stand der Säuglingsfürsorge in Bayern während des gegenwärtigen Krieges. Bl. f. Säuglingsfürsorge, 1915, Bd. VII, S. 65.

— Säuglingswanderfürsorgerinnen. Bl. f. Säuglingsfürsorge, 1916, Jahrg. VII, S. 267.

Herford. Das Zusammenwirken von Kinderhort und Schule vom Standpunkte des Schularztes und der Schulpflege. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1917, Bd. XXX, S. 489.

C. Herrman. Infant mortality eighty years ago. (Die Säuglingssterblichkeit vor 80 Jahren.) New York Med. Journ., 11. September 1915. Wachenheim (New York).

Henriette Herzfelder. Gesetzlicher Säuglings- und Mutterschutz in Norwegen. Zeitschr. f. Bevölkerungspolitik u. Säuglingsfürsorge, 1916, Bd. IX, S. 25.

Franz Jäger. Das Mütterheim des Vereins Mutterschutz in München. Bl. f. Säuglings- u. Kleinkinderfürsorge, 1917, Bd. VIII, S. 234.

H. Jaeger. Die Kriegswochenhilfe. Bl. f. Säuglings- u. Kleinkinderfürsorge, Jahrg. IX, S. 1.

E. Kehrer. Bedeutung, Aufgaben und Organisation der Mutter-, Säuglings- und Kleinkinderfürsorge. Zeitschr. f. Bevölkerungspolitik u. Säuglingsfürsorge, 1917, Bd. IX, S. 161, 230.

Wilhelm Klehmet. Wohlstand und Säuglingssterblichkeit. Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge, 1915, Bd. VIII, S. 273.

Albert Kohn. Die Wirkung der Gewährung von Stillgeldern bei den Krankenkassen in Groß-Berlin. Zeitschr. f. Bevölkerungspolitik u. Säuglingsfürsorge, 1917, Bd. X, S. 59.

J. Levy. The infant mortality problem in New Jersey. (Die Säuglingssterblichkeitsfrage in New Jersey.) New Jersey Med. Soc. Journ., September 1915. Wachenheim (New York).

Josef Meier. Deutschlands Spende für Säuglings- und Kleinkinderschutz. Bl. f. Säuglingsfürsorge, 1916, Jahrg. VII, S. 299.

J. L. Morse. Infant mortality. (Säuglingssterblichkeit.) Boston Med. and Surg. Journ., 29. Juli 1915. Wachenheim (New York).

R. Mumm. Reichswochenversicherung. Zeitschr. f. Bevölkerungspolitik u. Säuglingsfürsorge, 1917, Bd. IX, S. 353.

J. S. Neff. Recent public health work in the United States especialy in relation to infant mortality. (Öffentliche Hygiene in der Union in bezug auf die Säuglingssterblichkeit.) Amer. Journ. of Public Health, Oktober 1915. Wachenheim (New York).

C. T. Noeggerath. Über eine Mutter- und Kinderfürsorgestelle in Groß-Brüssel während der Okkupation. Zeitschr. f. Bevölkerungspolitik u. Säuglingsfürsorge, 1916, Bd. IX, S. 106; 1917, Bd. IX, S. 129.

— Einfluß des Krieges auf Säuglingsfürsorge und Säuglingssterblichkeit in Belgien. Zeitschr. f. Bevölkerungspolitik u. Säuglingsfürsorge, 1917, Bd. IX, S. 277, 302, 334.

Opitz. Über die Bedeutung des Geburtenrückganges. Erwiderung an Herrn Geheimrat Dr. E. Würzburger in Dresden. Zeitschr. f. Bevölkerungspolitik u. Säuglingsfürsorge, 1917, Bd. IX, S. 225.

Karl Oppenheimer. Säuglingsfürsorge auf dem Lande. Bl. f. Säuglingsfürsorge, 1916, Jahrg. VII, S. 363.

E. O. Otis. The child and the community. (Das Kind und der Staat.) Boston Med. and Surg. Journ., 20. September 1915.
Wachenheim (New York).

O. Reinach. Über Ausbildung und staatliche Prüfung von Säuglingspflegerinnen. Bl. f. Säuglings- u. Kleinkinderfürsorge, 1917, Bd. VIII, S. 353.

O. Rommel. Die staatlich geprüfte Säuglingspflegerin. Bl. f. Säuglings- u. Kleinkinderfürsorge, 1917, Bd. VIII, S. 366.

Johanna Schimper. Säuglingsfürsorgerin und Wohnungspflege. Bl. f. Säuglingsfürsorge, 1916, Jahrg. VII, S. 194.

Artur Schlossmann. Der Unterricht in der Säuglings- und Kinderpflege. Zeitschr. f. Bevölkerungspolitik u. Säuglingsfürsorge, 1917, Bd. IX, S. 274.

— Eine beachtliche Äußerung über die bevölkerungspolitischen Verhältnisse in Frankreich aus dem Jahre 1900. Zeitschr. f. Bevölkerungspolitik u. Säuglingsfürsorge, 1917, Bd. X, S. 27.

G. Seiffert. Vermittlung von Adoptionen und unentgeltlichen Pflegestellen. Bl. f. Säuglingsfürsorge, 1915, Jahrg. VII, S. 3.

— Volkswohlfahrt und Bevölkerungspolitik. Bl. f. Säuglingsfürsorge, 1916, Jahrg. VII, S. 135.

— Die Fürsorgemaßnahmen des Kleinkindes. Bl. f. Säuglingsfürsorge, 1916, Jahrg. VII, S. 161.

— Neuere Zahlen zur Bewegung der bayerischen Bevölkerung. Bl. f. Säuglingsfürsorge, 1916, Jahrg. VII, S. 233.

— Die Morbidität im Säuglings- und Kleinkinderalter. Bl. f. Säuglingsfürsorge, 1916, Jahrg. VII, S. 331.

— Die Ausstellung für Kleinkinderfürsorge, Berlin 1916. Bl. f. Säuglings- un. Kleinkinderfürsorge, 1916, Jahrg. VIII, S. 5.

— Zur Geschichte der Säuglings- und Kleinkinderfürsorge. I. Bl. f. Säuglings- u. Kleinkinderfürsorge, 1917, Bd. VIII, S. 163.

C. Seitz. Gesundheitliche Kleinkinderfürsorge. Bl. f. Säuglingsfürsorge 1916, Jahrg. VII, S. 273.

Josef Steinbacher. Die Säuglingsfürsorge auf dem Lande, 1916, Jahrg. VII, S. 200.

L. Steinke. Geburtenrückgang und Säuglingssterblichkeit in ihrer Bedeutung für die Zukunft unseres Volkes. Zeitschr. f. Bevölkerungspolitik u. Säuglingsfürsorge, 1917, Bd. IX, S. 243.

Talbot. Die Säuglingssterblichkeit in Aachen in den Jahren 1913—1915. Zeitschr. f. Bevölkerungspolitik u. Säuglingsfürsorge, 1916, Bd. IX, S. 81.

Thiele. Die Einwirkung des Krieges auf die Gesundheit der Jugend. Verhandlungen der XV. Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Schulgesundheitspflege. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1917, Bd. XXX, S. 281.

L. A. De Vilbiss. The state's efforts to protect life in infancy and youth. (Staatlicher Kinderschutz.) New York Med. Journ., 24. Juli 1915.
Wachenheim (New York).

Friedrich Zahn. Gesetzliche Unterstützung kinderreicher Familien in Frankreich. Zeitschr. f. Bevölkerungspolitik u. Säuglingsfürsorge, 1916, Bd. IX, S. 33.

A. Zeller. Beihilfe für die kindergesegnete Familie. Bl. f. Säuglings- u. Kleinkinderfürsorge, 1917, Bd. VIII, S. 199.
— Die Zweikinderehe; ihre Gefahren und ihre Abwehr. Zeitschr. f. Bevölkerungspolitik u. Säuglingsfürsorge, 1917, Bd. IX, S. 359.

Statistik.

Robert Landvogt. Gedanken statistischer und naturwissenschaftlicher Art zur Bevölkerungspolitik. Zeitschr. f. Bevölkerungspolitik u. Säuglingsfürsorge, 1917, Bd. X, S. 48, 86.

Schule.

Axmann. Billige Solbadekuren für Schulkinder. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1915, Jahrg. XXVIII, S. 452.
— Sechzehn Jahre schulärztliche Statistik. Der Schularzt, 1916, Bd. XIV, S. 569.

H. Baege. Über einige für die Erziehung grundlegende Ergebnisse der physiologischen Kinderforschung. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1917, Bd. XXX, S. 59.

M. H. Baege. Die Gefahren der zu frühen Einschulung. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1917, Bd. XXX, S. 105.

A. W. Baird. Health work in the public schools. (Hygienische Bestrebungen in den Volksschulen.) Med. Record, 18. September 1915. Wachenheim (New York).

George P. Barth. Health supervision of school children. Pediatrics, 1916, Bd. XXVIII, S. 298.

Gertrud Buetz. Die Schulpflegerin als soziales Hilfsglied. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1916, Bd. XXIX, S. 359.

G. Buetz. Der Einfluß der Schulen auf die gewerbliche Kinderarbeit. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1917, Bd. XXX, S. 229.

Leo Burgerstein. Erhebungen über die Verbreitung des Schularztwesens in Österreich. Der Schularzt, 1916, Jahrg. XIV, S. 89.
— Krankenschwester und Schulschwester. Der Schularzt, 1917, Bd. XV, S. 561.

F. L. Dunham. The medical inspection of school children. (Ärztliche Aufsicht von Schulkindern.) Boston Med. and Surg. Journ., 12. August 1915. Wachenheim (New York).

Gastpar. Die Notwendigkeit der schulärztlichen Überwachung für die gesamte Jugend und ihre Ausgestaltung nach dem Kriege. Verhandlungen der XV. Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Schulgesundheitspflege. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1917, Bd. XXX, S. 320.

Haag. Schulärztliche Erfahrungen in den Kriegsjahren 1916—1917. Der Schularzt, 1917 ,Bd. XV, S. 225.

J. J. Hanna. Hygiene and the prevention of defects in children before and after school age. Pediatrics, 1915, Bd. XXVII, S. 484.

Gertrud Hepner. Über den Ernährungszustand der Schulanfänger im Kriegsjahre 1915. Der Schularzt, 1915, Jahrg. XIII, S. 545.

Höhne. Die Notwendigkeit der schulärztlichen Überwachung für die gesamte Jugend und ihre Ausgestaltung nach dem Kriege. Verhandlungen der XV. Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Schulgesundheitspflege. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1917, Bd. XXX, S. 335.

F. Kemsies. Deutsche Schulfürsorge und Schulhygiene im Osten. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl., 1916, Bd. XXIX, S. 297, 345, 441, 491, 539.

Ferdinand Kemsies. Der Tuberkulosefilm im Dienste der Schulgesundheitspflege. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1917, Bd. XXX, S. 457.

S. C. Kingsley. Medical aspects of open air schools. (Ärztliche Betrachtungen über die Freiluftschulen.) Journ. Amer. Med. Assoc., 30. Oktoqer 1915. Wachenheim (New York).

Erich Kloss. Die Beobachtung im menschenkundlichen Unterricht. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1917, Bd. XXX, S. 154, 195.

Langerhans. Sommerszeit und Schulanfang. Der Schularzt, 1916, Bd. XIV, S. 473.

Lehfeldt. Über den Einfluß der Kriegsernährung auf den Gesundheits- und Kräftezustand der Magdeburger Volksschüler. Der Schularzt, 1917, Bd. XV, S. 33.

Friedrich Lorentz. Schule und Volkskraft. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1917, Bd. XXX, S. 537.

D. C. Malin. Some thoughts on school inspection. (Ärztliche Schulaufsicht.) Florida Med. Assoc. Journ., Oktober 1915. Wachenheim (New York).

Oschmann. Der Einfluß der Kriegskost auf die Schulkinder. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1917, Bd. XXX, S. 49.

Albert Pietsch. Der Keimgehalt der Schulluft mit besonderer Berücksichtigung der Dorfschulverhältnisse. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1916, Bd. XXIX, S. 249.

Karl Roller. Der Schularzt in der höheren Schule. Verhandlungen der XV. Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Schulgesundheitspflege. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1917, Bd. XXX, S. 346.

Karl C. Rothe. Die Fürsorge der Schule für sprachkranke Kinder. Der Schularzt, 1917, Bd. XV, S. 521.

Sessler und **Homburger.** Die Schulkinder während des Krieges und die Kriegsernährung 1916/17. Der Schularzt, 1917, Bd. XV, S. 441, 481.

M. Solis-Cohen. The school spread of contagious diseases and how to controlit. (Verhütung der Infektion in der Schule.) Med. Record, 2. Oktober 1915. Wachenheim (New York).

Steinhaus. Der Unterricht in der Säuglingskunde an den Mädchenoberklassen der Dortmunder Volksschulen. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1917, Bd. XXX, S. 97.

F. Steinhaus. Ärztliche Erfahrungen an dem Schulkindergarten der städtischen Volksschule zu Dortmund. Der Schularzt, 1916, Jahrg. XIV, S. 137.

Thiele. Über Schulversäumnisse von Volksschulkindern. Der Schularzt, 1915, Jahrg. XIII, S. 417.

J. B. Todd. School hygiene. (Schulhygiene.) New York Med. Journ., 19. Juni 1915. Wachenheim (New York).

Inhalt.

Allgemeine Diagnostik. Ernst. *Urochromogenreaktion 1.* **Pharmakologie.** Orgler. *Lebertran 1.* — **Entwicklung und Sprache.** Fröschels. *Sprachentwicklung und Stummheit 2.* — **Ernährung, Ernährungsstörungen, Ernährungstherapie.**

Thiemich. *Laktation 3.* — **Czerny** und **Kleinschmidt.** *Butter-Mehl-Nahrung 3.* — **v. Pirquet.** *System der Ernährung 4.* — **v. Pirquet** und **Wölfel.** *Milchsalze 14.* — **Hirsch** und **Moro.** *Alimentäres Fieber 14.* — **Wachstum und Stoffwechsel.** **Howland** und **Stolte.** *Eiweißzulagen 15.* — **Fuhge.** *Stoffwechsel im Alter von 6—14 Jahren 15.* — **Ricklin.** *Kalk- und Phosphorsäurestoffwechsel 16.* — **Stuhl.** *Messungen 16.* — **Infektionskrankheiten.** **Kleinschmidt. Wittmaack** *17.* — **Gött. Borchgrevink. Widowitz.** *Diphtherie 18.* — **Einstoss. Türk.** *Scharlach 19.* — **Pfeiffer.** *Myelitis und Tollwutschutzimpfung 20.* — **Stettner.** *Grippe 20.* — **Birk.** *Varizellen 20.* — **Chiewitz** und **Meyer.** *Keuchhusten 20.* — **Barrenscheen.** *20.* — **Jakob. Boehnke** und **Elkeles. Nast.** *Ruhr 21.* — **Scholz. Stephan** *22.* — **Krause.** *Typhus und Paratyphus 24, 25.* — **Tuberkulose. Hermann. Schultz.** *Tuberkulinreaktion 25.* — **Singer.** *Neutralisationsphänomen 26.* — **Meyer.** *Behandlung 26.* — **Schwab.** *Prognose 26.* — **Zirkulationsapparat. Riesenfeld.** *Herzhypertrophie 26.* — **Respirationsorgane. Punder.** *Larynxstenose 27.* — **Wolff.** *Empyem 27.* — **Hüssy.** *Chylothorax 27.* — **Blut und blutbildende Organe. Glanzmann.** *Thrombasthenie 28.* — **Innere Sekretion. Hart** *29.* — **Birk.** *Thymus 30.* — **Schiff. Friderichsen.** *Nebennieren 31.* — **Verdauungstraktus. Eunicke.** *Mastdarmvorfall 31.* — **v. Bokay.** *Pylorusstenose 32.* — **Leber und Gallenwege. Ickert.** *Ikterus 32.* — **Milz. de Lange** und **Schippers.** *Splenomegalie 32.* — **Urogenitalsystem. Beckmann** und **Schlager.** *Orthotische Albuminurie 33.* — **Glaser.** *Schrumpfniere 33.* — **Glaser.** *Zystenniere 34.* — **Nonnenbruck.** *Kriegsniere 34.* — **v. Bokay.** *Pyelozystitis 35.* — **Bewegungsapparat. Johannessen.** *Myositis ossificans 35.* — **Zentralnervensystem. Gioseffi.** *Fazialisphänomen 35.* — **Resch.** *Spasmophilie 35.* — **Raudnitz.** *Spasmus nutans 36.* — **Wodall.** *Enuresis 36.* — **Moser.** *Chorea minor 37.* — **Lindberg.** *Meningealblutung 37.* — **Bossert.** *Epilepsie 37.* — **Haut. Weiss** und **Hanfland.** *Exantheme 38.* — **Auge. Haab. Ochsenius.** *Gonorrhoe 38.* — **Chirurgie. Hertz** und **Secher.** *Neuroblastom 39.* — **Soziale Medizin. Meier.** *Uneheliches Kind 39.* — **Besprechungen. Edens.** *Digitalisbehandlung 39.* — **Ergänzende Literaturübersicht.** *41.*

Die Verfasser von einschlägigen Arbeiten werden gebeten, dieselben behufs lückenloser Berichterstattung der Redaktion durch Vermittlung der Verlagsbuchhandlung Franz Deuticke in Wien, I., Helferstorferstraße Nr. 4, zugehen zu lassen.

Adresse der Redaktion: Berlin, W. 50, Rankestraße Nr. 6.

Für die Redaktion verantwortlich: Josef Kaspar.
Druck von Rudolf M. Rohrer in Brünn.

MONATSSCHRIFT
für
KINDERHEILKUNDE

Herausgegeben von

Birk Tübingen · Czerny Berlin · Göppert Göttingen · Johannessen Kristiania · Klotz Lübek · Knöpfelmacher Wien

Koplik New-York · Moro Heidelberg · Noeggerath Freiburg · Stolte Breslau · Thiemich Leipzig · Vogt Magdeburg · Wieland Basel

Redigiert von **Arthur Keller**-Berlin.

Verlag von Franz Deuticke in Leipzig und Wien.

Preis der „Referate", jährlich 2 Bände, pro Band (ca. 40 Bogen) [redacted] $ 3.–

Preis der „Originalien" (ca. 45—50 Bogen) jährlich [redacted] " 4.50

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Bd. XVI. Referate. Nr. 2.

Pharmakologie und Toxikologie.

A. Stühmer. *Die Hirnschwellung nach Salvarsan. Wege zu ihrer Vermeidung und therapeutischen Beeinflussung.* (Münchener med. Wochenschr., 1919, Nr. 4.)

Im Gegensatze zu anderen Anschauungen vertritt Stühmer, der sich um die Erforschung des plötzlichen Salvarsantodes verdient gemacht hat, die Meinung, daß das primäre ein akutes Hirnödem sei und daß sich erst sekundär Blutungen dazu gesellten, man also nicht von Encephalitis haemorrhagica sprechen könne. Zum Beweis bringt er die Krankengeschichten seiner drei selbst beobachteten Fälle. Beim ersten ergab die Obduktion Hirnödem und Hydrocephalus acut. internus ohne Blutungen in das Gehirn. Der zweite Fall war charakterisiert durch allgemeine ödematöse Schwellung der gesamten Körperhaut, an die sich vom 4. Tage ab unter Rückgang des Ödems zahllose kleinste Hautblutungen anschlossen. Beim dritten Fall konnte das Ödem des Gehirns ohne Blutungen intra vitam bei der therapeutisch vorgenommenen Trepanation festgestellt werden. Fall 1 und 3 endeten letal. (Ref. sah bei einem rumänischen Kriegsgefangenen, den er wegen Rekurrens mit Salvarsan behandelte, plötzlich hochgradiges Ödem der gesamten Kopfhaut und Fieber auftreten. Ausgang in Heilung.) Das Hirnödem nach Salvarsan faßt der Autor in Analogie zum Serumexanthem als anaphylaktische Reaktion auf (Auftreten ebenfalls zwischen 5. und 10. Tag nach der ersten Injektion, häufig zusammen mit dem Salvarsanexanthem). Nach seinen früheren Tierversuchen entsteht zuerst Salvarsanoxyd, das bald darauf an einen Eiweißkörper gekuppelt wird. Dieses Oxydtoxin macht Verf. für die Über-

empfindlichkeitsreaktionen verantwortlich. Vielleicht ist es auch das sich leicht wieder abspaltende Oxyd, das schädigend wirkt.

Zur Vermeidung des akuten Hirnödems wird empfohlen, die zweite Salvarsaninjektion nicht vor dem 10. Tage nach der ersten vorzunehmen. Bei schon entstandenem Hirnödem erscheint neben Lumbalpunktionen die Trepanation als einzig wirksames Mittel, worauf schon Ehrlich hinweis. Außerdem empfiehlt er einen Versuch mit intralumbaler und intravenöser Injektion von Normalserum zur Absättigung eventuell freigewordenen Oxyds.

Sachs (Leipzig).

Bakteriologie.

E. [redacted] und H. Wolff. *Zur Behandlung der Typhusbazillenträger mit Z[redacted]ecksilber und Zystinal nach Stuber.* (Münchener med. Wochenschr., 1918, Nr. 43.)

Verff. konnten die guten Erfolge Stubers (ref. in dieser Monatsschr., XV, 413) nicht bestätigen. Auf Grund ihrer quantitativ-chemischen Untersuchungen von Duodenalgalle und Harn nehmen sie an, daß das Zystin zwar fast quantitativ in die Galle übergeht, das Quecksilber aber, wie andere Schwermetalle, in der Leber zurückgehalten und von dort erst nach und nach in die Galle ausgeschieden wird, dort aber keine im Reagenzglas oder in vivo bakterizid wirkende Konzentration erreicht. Außerdem glauben sie, daß man dasselbe durch billigere Quecksilberpräparate erzielen könne. F. Sachs (Leipzig).

Entwicklung und Sprache.

Isaak Spielrein (Berlin). *Über Kindermessungen in Rostow a. Don.* (Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1916, XXIX. Jahrg., Nr. 10 ff.)

Aus dem rührigen Institut für experimentelle Pädagogik zu Leipzig (Direktor: Dr. Brahn) berichtet Verf. über eingehende Untersuchungen, die vor allen Dingen feststellen sollen, „inwieweit das Lernen auf Volks- und Mittelschulen die Körperentwicklung des Kindes beeinflußt": Danach fördert die Schule die Körperentwicklung. Knaben mit besserem Brustumfang erreichten höhere Klassen als ihre schwächlicheren Altersgenossen. Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden. Thiele (Chemnitz).

W. Carrie (Hamburg). *Statistik über sprachgebrechliche Kinder in den Hamburger Volksschulen.* (Münchener med. Wochenschr., 1918, Nr. 39.)

Als wichtig ist hervorzuheben, daß die Zahl der bis zu dreimal und noch öfter in den Heilkursen (die 1 Jahr dauern) ohne dauernden Erfolg behandelten Kinder sich fast genau mit der Zahl der überhaupt im selben Jahre behandelten Kinder deckt, daß also fast alle

Behandelten wieder rückfällig wurden. Man hat daher in Hamburg Sonderschulen für Stotterer eingerichtet, in denen einerseits nach dem allgemeinen Schulplane, zugleich aber nach individualisierender, heilpädagogischer Methode unterrichtet wird. Der Erfolg ist dort bis jetzt ein besserer. Die Überführung nach erfolgter Heilung nach 1—2jähriger Behandlung in die Allgemeinschule hat vorsichtig und tastend zu erfolgen. F. Sachs (Leipzig).

Erziehung, Psychologie und Psychopathologie.

M. H. Baege. *Über einige für die Erziehung grundlegende Ergebnisse der physiologischen Kinderforschung.* (Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 30. Jahrg., Nr. 2.)

Verf. macht mit Recht ausdrücklich darauf aufmerksam, daß das Kind beileibe kein kleiner Erwachsener, sondern ein „ganz anderes Wesen" ist, das auf eine „abwechslungsreiche Bewegung und Betätigung sämtlicher Sinnesorgane und Gliedmaßen eingestellt ist". Er folgert daraus zwingend die Umgestaltung der Lernschule zu einer Arbeitsschule, damit die Unterstützung des Selbstbetätigungstriebes und die Erziehung zur Selbstverantwortlichkeit. Möchten seine eindringlichen Worte auf fruchtbaren Boden fallen!

Thiele (Chemnitz).

Sonnenberger (Worms). *Moderne Sexualpädagogik.* (Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege. Abt. Der Schularzt, 1916, XIV. Jahrg., Nr. 9.)

Übersichtsreferat über die neuere Literatur dieser wichtigen Frage. Thiele (Chemnitz).

Ernährung, Ernährungsstörungen, Ernährungstherapie.

M. Tanaka. *Der Einfluß von Eiweißanreicherung der Nahrung beim Säugling auf den Stoffwechsel.* (Jahrb. f. Kinderheilkunde, Bd. LXXXVIII, S. 161.)

Verf. führt gewisse klinische Beobachtungen an, die für das Vorkommen eines Eiweißnährschadens sprechen könnten; er versucht ihn auch durch eine Stoffwechseluntersuchung zu begründen. An zwei vorzeitig geborenen, in der Entwicklung zurückgebliebenen Kindern im Alter von 11 Wochen beziehungsweise 5 Monaten bestimmte er zunächst bei einer zu Gewichtszunahmen führenden Nahrung den Umsatz von Eiweiß, Phosphorsäure, Kalk und Magnesia. Danach wurde die Untersuchung wiederholt bei derselben Kost unter Zulage steigender Mengen (10, 20, bei einem Kinde 30 g) Kasein. Dabei nahm der Stickstoffansatz zunächst zu, dann aber (bei 20 und mehr Gramm Kasein) trotz guter Resorption bei einem Kinde deutlich, beim anderen stark ab. Ebenso verhielt sich der Ansatz an Phosphorsäure, an Kalk und in einem Versuche der Ansatz der

Magnesia. Während der Versuche nahmen die Kinder, von denen eines rachitisch war, gut an Gewicht zu, aber nach Beendigung der Versuche erfolgte trotz anscheinend zweckmäßiger Ernährung Gewichtsstillstand. H. Vogt.

W. Kaupe (Bonn). *Hautverfärbung bei Säuglingen und Kleinkindern infolge der Nahrung.* (Münchener med. Wochenschr., 1919, Nr. 12.)

Verf. macht auf die wohl den meisten Pädiatern bekannte Gelbfärbung der Gesichtshaut mancher Säuglinge nach Mohrrübengenuß aufmerksam. Sachs (Leipzig).

Stoeltzner (Halle). *Über Pseudoikterus nach Mohrrübengenuß.* (Münchener med. Wochenschr., 1919, Nr. 15.)

Bestätigung der Angaben Kaupes. Sachs (Leipzig).

E. Klose (Hirschberg i. Schl.). *Hautverfärbung bei Säuglingen und Kleinkindern infolge der Nahrung.* (Münchener med. Wochenschr., 1919, Nr. 15.)

In Übereinstimmung mit Kaupe hebt Verf. hervor, daß die Gelbfärbung nur bei einem Bruchteil der Kinder erfolgt, und zwar vorwiegend bei fetten. Da der Farbstoff lipoidlöslich ist, dürfte er in Beziehung zum Fettstoffwechsel stehen. Auch die Belichtung spielt eine Rolle dabei. Die Verfärbung schwindet auch bei fortgesetztem Mohrrübengenuß nach einiger Zeit wieder von selbst.
Sachs (Leipzig).

Lehfeldt (Magdeburg). *Über den Einfluß der Kriegsernährung auf den Gesundheits- und Kräftezustand der Magdeburger Volksschüler.* (Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, Abt. Der Schularzt, 15. Jahrg., Nr. 1.)

Bis Ostern 1916 wurde auch in Magdeburg (ungefähr 27.000 Volksschüler) keine Beeinträchtigung des Gesundheits- und Kräftezustandes der Schulkinder beobachtet. Zahlreiche Halsdrüsenschwellungen wurden von den Schulärzten nur zum Teil auf Skrofulose zurückgeführt, zum größeren Teil auf die überaus zahlreichen kariösen Zähne. Thiele (Chemnitz).

Oschmann (Weißenfels). *Der Einfluß der Kriegskost auf die Schulkinder.* (Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 30. Jahrg., Nr. 2.)

Verf. stellt an einer allerdings jeweils nur wenige Kinder (Höchstzahl 35) von 6 Volksschuljahrgängen umfassenden, die Jahre 1913/14, 1914/15, 1915/16 betreffenden Reihe von Messungen und Wägungen im letzten Jahr eine etwas geringere Zunahme fest. Auch bei den Schulanfängern des Jahres 1916 beobachtet er das gleiche. Verf. bezeichnet die Unterschiede jedoch selbst als „recht minimale" und findet keinen Anhalt dafür, daß bis dahin die Schulkin er erheblich in ihrer Gesundheit gefährdet seien. Thiele (Chemnitz).

Milch.

W. Gardlund (Stockholm). *Über das Vorkommen von Kolostrum in weiblichen Brustdrüsen und deren Bedeutung als diagnostisches Hilfsmittel.* (Arch. f. Gynäkol., Bd. CVI, S. 289.)

Das Vorkommen von Kolostrum ist für die Annahme einer Gravididät nur mit Vorsicht zu verwenden. Gårdlund stellte es in 15% der Fälle auch bei Frauen fest, die nicht gravide waren und noch nicht geboren hatten; in nicht weniger als 46% der Fälle bei nicht graviden Primi multiparae, die ein ganzes Jahr vor der Untersuchung nicht gestillt hatten; bei 20% sogar, wenn das Stillen 5 Jahre zurücklag. Selbst bei Frauen in der Menopause fand er in 20% der Fälle Kolostrum, bei einzelnen 5 Jahre und länger nach dem Eintritt der Menopause. Die Kombination von Kolostrumbildung und Genitaltumoren erklärt er mit dem individuell wechselnden Vorkommen des Kolostrums. Es wurden wahllos im ganzen 393 Fälle untersucht. Hohlfeld (Leipzig).

O. B. Meyer. *Über die Wirkung von Frauen- und Kuhmilch auf glatte Muskulatur.* (A. d. physiol. Institut Würzburg.) (Münchener med. Wochenschr., 1919, Nr. 12.)

In der Absicht, die Milch auf Anwesenheit von Adrenalin zu untersuchen, stellte Verf. Versuche nach einer von ihm früher ausgearbeiteten Methode mit überlebenden Rinderarterien, Froschmagenstücken u. a. m. an. Er kam zu folgenden, auch den Pädiater interessierenden, Ergebnissen:

1. Milch wirkt auf glatte Muskulatur (Arterien vom Rind, Froschmagen) stark kontrahierend.

2. Frauenmilch wirkt, wie sich mit dieser biologischen Methode in vitro nachweisen läßt, im Vergleich zu der Kuhmilch um das 3—10fache schwächer.

3. Von den einzelnen Bestandteilen der Milch wirken kontrahierend das Kal. monophosphoricum und das Kalziumoxyd, vielleicht auch noch andere Salze, ferner der Milchzucker und die aus Milch gewonnenen Dialysate.

4. Durch die praktisch üblichen Verdünnungen der Milch mit Wasser, 1 : 1 und 1 : 2, wird die Kontraktion um rund 40 Minuten verzögert, während sie bei unverdünnter Milch sogleich erfolgt.

5. Durch Zusatz von Salzen zur verdünnten Milch gelang es nicht, Kurven analog denen der Frauenmilch hervorzurufen, auch nicht mit Dialysaten der Milch.

6. Nach Wunsch abstufbare und damit auch den Frauenmilchkurven ähnliche Kontraktionen wurden dagegen durch dialysierte Milch erzielt. Dieser kann Milchzucker bis zu 3% zugesetzt werden, wobei die Ähnlichkeit mit den Frauenmilchkurven (bei entsprecehnder Dialysierungszeit) erhalten bleibt.

7. Ziegenmilch wirkt etwas schwächer als Kuhmilch, aber immer noch wesentlich stärker kontrahierend als Frauenmilch.

8. Der Unterschied zwischen Kuh- und Eiweißmilch ist ähnlich wie derjenige zwischen Kuh- und Frauenmilch, Eiweißmilch und Frauenmilch haben ähnliche Kurven. Verf. streift außerdem noch die Frage der Vitamine, glaubt aber, daß diesen keine ausschlaggebende Bedeutung bei seinen Untersuchungen zukomme. Für die Säuglingsernährung und Ernährungstherapie erhofft er aus seinen Untersuchungen auch praktisch wichtige und brauchbare Resultate. An Stelle der üblichen Milchverdünnungen empfiehlt er eine 6 Stunden lang bei dreimaligem Wasserwechsel dialysierte Milch mit 3% Milchzuckerzusatz, an Stelle der Eiweißmilch 7 Stunden mit viermaligem Wasserwechsel dialysierte Milch ohne Milchzuckerzusatz.

Sachs (Leipzig).

Wachstum und Stoffwechsel.

G. Katsch. *Eine Alkaptonurikerfamilie.* (A. d. med. Klinik Marburg.) (Münchener med. Wochenschr., 1918, Nr. 48.)

Von 9 Geschwistern einer Familie sind 4 alkaptonurisch, und zwar das eine, ein Mädchen, nur vorübergehend. Es hat seine früher als sicher bestehend anzunehmende Alkaptonurie verloren. Der 4jährige Junge verlor während der Beobachtungszeit auf der Klinik vorübergehend seine Homogentisinsäure, wenn er infolge Nahrungseinschränkung Azeton ausschied. Verf. folgert daraus: Wenn im Zustande der Ketonurie ein Alkaptonuriker es zustande bringt, zyklische Komplexe, die sonst obligatorische Alkaptonbildner sind, über das Stadium der Homogentisinsäure hinaus abzubauen, dann wird es auch denkbar, daß der Grad der Alkaptonurie bei ein und demselben Individuum sich wandelt. Es wird wahrscheinlich, daß diese Abbauinsuffizienz sich mindern, ja ganz verschwinden kann.

F. Sachs (Leipzig).

A. Hirsch und **E. Moro.** *Weitere Untersuchungen über alimentäres Fieber.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXVIII, S. 313.)

Mit viel Zucker versetzte Molke löst bei Säuglingen häufig Fieber aus, dagegen bleibt dies aus, wenn die Molke zuvor enteiweißt wird. Die durch bestimmte Nahrungsstoffe ausgelösten Temperatursteigerungen sind entweder geringfügig und mit wenig Störung im Befinden des Kindes verbunden oder aber hochgradig, wobei dann die Kinder auch einen schwer kranken Eindruck machen („katarrhalisch- beziehungsweise toxisch-alimentäres Fieber"). Der mildere Fieberverlauf war nie auszulösen durch Molke ohne Zuckerzusatz, selten durch Tee mit starkem Zusatz von Milchzucker (10—14 v. H.), verhältnismäßig oft durch zuckerhaltige Molke. An der Auslösung ist also in erster Linie der Zucker beteiligt, die Molke aber wirkt begünstigend. Es kommt unter dem Einfluß der starken Zuckeraufnahme zu Gärung im Dünndarm und dann zu Katarrh der Schleimhaut. Da zentrifugierte Frauenmilch mit Milchzuckerzusatz kein Fieber auslöst, scheint die fördernde Wirkung des Molken-

eiweißes von seiner Artfremdheit abzuhängen. Das „toxisch-alimentäre Fieber" wird nie durch Molke oder Zuckerlösung allein hervorgerufen, dagegen oft durch Molke mit Zuckerzusatz und auch durch Frauenmilch, die zentrifugiert und mit Zucker angereichert ist. Gleiche Wirkung kann Wittepepton mit Zucker haben, desgleichen Kaseinpepton, das kaum noch Biuretreaktion gibt. Voraussetzung für die Entstehung dieser Art Fieber ist anscheinend der Durchtritt von Spaltprodukten der Eiweißkörper in die Blutbahn infolge erhöhter Durchlässigkeit der Darmschleimhaut. H. Vogt.

K. A. Hasselbach. *Über die wahre Natur der „azidotischen Konstitution" des Neugeborenen.* (Biochem. Zeitschr., 1917, Bd. LXXX, S. 251.)

Nicht gegen die unzweifelhaft richtigen Befunde Ylppös, sondern gegen die Deutung der Befunde richtet sich Hasselbach. Ylppö hat nicht berücksichtigt, daß der Blutfarbstoff als Elektrolyt für die Reaktion des Blutes mitbestimmend ist. Auf Grund elektrometrischer Reaktionsbestimmungen und Barcroftscher O_2-Bindungskonstanten des CO_2-freien Blutes behauptet er eine „azidotische Konstitution" des Neugeborenen. Er fand das Gesamtblut des neugeborenen Kindes nach Sättigung mit CO_2-armer Luft bedeutend saurer reagierend als das gleichbehandelte Blut des älteren Kindes und des Erwachsenen, dagegen keinen Unterschied bei physiologischen CO_2-Spannungen. Hasselbach führt aus, daß bei der CO_2-Spannung 0 eine hämoglobinreiche Blutportion saurer reagieren muß als eine hämoglobinarme. Ylppö hat mit seiner mühevollen Arbeit nur die altbekannte Tatsache demonstriert, daß der Neugeborene ein sehr hämoglobinreiches Blut besitzt. Die Azidosis des neugeborenen Kindes existiert wahrscheinlich nicht, sondern wird bei der ungeeigneten Versuchsmethode Ylppös von dem Hämoglobinreichtum des Blutes vorgetäuscht. Will man die aktuelle Reaktion des Blutes für die Diagnose eines azidotischen Zustandes verwerten, so darf die Reaktionsbestimmung nicht bei niedriger CO_2-Spannung geschehen. Keller.

Herbert Elias. *Säure als Ursache für Nervenübererregbarkeit, ein Beitrag zur Lehre von der Azidose.* (Zeitschr. f. d. ges. experim. Med., 1918, Bd. VII, S. 1.)

Bei einer Reihe pathologischer Zustände (Hunger, Gravidität, Säurevergiftung, Exstirpation der Thymusdrüse oder der Epithelkörperchen, Tetanie, Epilepsie, Coma diabeticum), die mit Veränderungen in der Funktion des Zentralnervensystems und im Ca-Stoffwechsel einhergehen, liegen Stoffwechselstörungen vor, die auf eine Azidose als Ursache dieser Symptome hinweisen. Mit Rücksicht darauf studierte Verf. im pharmakologischen Tierexperiment die Wirkung künstlicher Säuerung auf das Zentralnervensystem. Durch Einführung verhältnismäßig geringer Säuremengen ließ sich eine allgemeine Übererregbarkeit des peripheren Nervensystems erzeugen. Von den angewandten Säuren (Milchsäure, HCl, H_2SO_4, NaH_2PO_4)

hat sich die Phosphorsäure als ganz besonders wirksam erwiesen. Das wird auf die Natur des Phosphorsäureions zurückgeführt. Die Übererregbarkeit äußert sich auf mechanische, elektrische Reize wie auch spontan, sie hat ihren Sitz im Nervenstamm oder in den Nervenendigungen. Auch bei Reizung von der Gehirnrinde aus besteht eine Säureerregbarkeit, die eine Folge der peripher einsetzenden Übererregbarkeit ist. Die Säuerung der Gehirnrinde bewirkt eine Neigung zu epileptischen Anfällen, die durch Alkali wieder rückgängig gemacht werden kann. In den Erscheinungen am Zentralnervensystem deckt sich das Bild der experimentellen Azidose, besonders am Hunde, fast vollständig mit dem der Tetanie.

Keller.

E. Friedberger (Greifswald). *Über Verhütung der Überempfindlichkeitserscheinungen bei parenteraler Zufuhr artfr mden Eiweißes.* (Münchener med. Wochenschr., 1918, Nr. 48.)

Die Methode fußt auf dem von Bordet entdeckten Prinzip, daß eine gewisse Menge von Antigen um so mehr Antikörper aus einem Serum absorbiert, je allmählicher das Antigen zugesetzt wird. Verf. hat dazu eine Spritze konstruiert (zu beziehen durch F. und M. Lautenschläger, Berlin N.), bei der der Kolben mit Gewinde in einer zurückklappbaren Halbmutter langsam in die Spritze eingeschraubt oder nach Belieben nach Umklappen der Mutter wie bei einer gewöhnlichen Rekordspritze rasch eingeschoben werden kann.

F. Sachs (Leipzig).

Fötus und Embryo.

L. Zuntz. *Experimentelle Untersuchungen über den Einfluß der Ernährung des Muttertieres auf die Frucht.* (Arch. f. Gynäkol., 1919, Bd. CX, S. 244.)

Kurze Zusammenstellung der Arbeiten, welche sich mit Prochownicks Lehre von der Beeinflußbarkeit des Fötus durch die Ernährung der Graviden beschäftigen. Verfs. eigene Untersuchungen schließen an Reebs und Dibbelts Versuche an und nehmen zu der Frage Stellung, wie weit die knappe und eiweiß- und fettarme Kriegskost Einfluß auf die Entwicklung des Fötus hat.

Ratten wurden teils normal, teils kohlehydrat- beziehungsweise fettarm, teils kalkarm beziehungsweise kalkreich ernährt, teils zum Hungern gezwungen und es wird konstatiert: Die Zahl der in dieser Zeit entwickelten Föten, ihr Gesamt- und Einzelgewicht, ihr Gehalt an Trockensubstanz, N, Asche und CaO.

Die dauernde Fütterung mit einer einseitigen Nahrung aus Eiweiß und Fett oder Eiweiß und Kohlehydraten unter Bevorzugung des Eiweißes führt dazu, daß die Tiere seltener konzipieren und beim einzelnen Wurf weniger Föten produzieren; diese Föten sind in der Regel in Gewicht und prozentischer Zusammensetzung normal.

Läßt man Tiere, die bei normaler gemischter Kost konzipiert haben, in der zweiten Hälfte der Gravidität so stark hungern, daß das Körpergewicht trotz fortschreitender Gravidität abnimmt, so sinkt die Menge des produzierten Fötalgewichtes unter die Norm, der prozentische Gehalt der Trockensubstanz an Eiweiß bleibt normal, die prozentischen Werte für Gesamtasche und CaO liegen etwas über der Norm.

Werden Tiere längere Zeit bei kalkarmer Ernährung gehalten, so übt dieselbe auf die Gesamtentwicklung der Föten einen schädigenden Einfluß aus; wird sie nur während der Dauer der Gravidität gereicht, so hat sie nach dieser Richtung meist keine nachweisbare Wirkung. Der prozentische Kalkgehalt der Föten ist nicht erniedrigt. Die Tendenz des wachsenden Organismus, seinen Normalkalkgehalt zu wahren, ist sehr groß. Keller.

Neugeborene.

Louise Isachsen (Kristiania). *Eine klinische Studie über etliche der physiologischen Verhältnisse Neugeborener.* (Arch. f. Gynäkol., Bd. CV, S. 1.)

Verf. hat 12—13 Tage lang 346 Kinder von der Geburt an täglich gewogen, 288 waren unmittelbar nach der Geburt abgenabelt, 56 nachdem die Nabelschnur pulslos war. Bis auf wenige, die Ammenmilch oder „künstliche Nahrung" erhielten, wurden die Kinder gestillt. Fälle mit „grüner Abführung, häufig verbunden mit Ikterus", „leicht infiziertem Nabel" und „leicht entzündlicher Haut" wurden ebensowenig von der Verwertung ausgeschlossen wie die Kinder von Müttern mit vorübergehenden Temperatursteigerungen, „leichter Albuminurie" und „Blutungen von 500—2000 g" intra partum.

Das Geburtsgewicht betrug bei den unmittelbar nach der Geburt abgenabelten Kindern im Durchschnitt 3558 g (bei Knaben 3578 g; bei Mädchen 3536 g; bei den Erstgeborenen 3477 g, bei den folgenden 3650 g), das höchste 5800 g, das niedrigste 2680 g.

Die Gewichtsabnahme war in den ersten Stunden am größten, schwankte zwischen 65 und 645 g, betrug durchschnittlich 219 g = 6·1% des Körpergewichtes und erreichte bei 91% ihren Abschluß in den ersten 4 Tagen. Bei den Knaben war sie größer und dauerte länger als bei den Mädchen.

Die Gewichtszunahme war bei den Knaben größer als bei den Mädchen und betrug bis zur Entlassung durchschnittlich 319 g. In den ersten 5 Tagen nach ihrem Beginn war sie mehr als doppelt so groß wie in den folgenden 5. Bis zum 7. Tage hatten 41·3% das Geburtsgewicht wieder erreicht, am 10. Tage 61·5%, bei der Entlassung am 12. oder 13. Tage blieben noch 24·6% hinter ihm zurück. In dieser letzten Gruppe waren die oben geschilderten Krankheitszustände bei Mutter und Kind häufiger als in den anderen, namentlich die dyspeptischen Stühle, die Verf. für eine mehrtägige Übergangsperiode nach der Entleerung des Mekoniums als etwas Normales ansieht.

Die unter dem Mittelgewicht stehenden Kinder nahmen weniger ab als die, welche es überschritten und zeigten nach Abschluß der Gewichtsabnahme eine stärkere Wachstumsenergie. Auch die Jahreszeit soll eine Rolle spielen. Die in der zweiten Hälfte des Jahres geborenen Kinder nahmen weniger und nicht so lange ab und dann mehr zu als die Kinder aus der ersten Hälfte des Jahres. Bei den später abgenabelten hört die Gewichtsabnahme früher auf.

An dem Gewichtsverlust hat die Perspiratio insensibilis einen wesentlichen Anteil, am ersten Tage überstieg sie erheblich den Verlust durch Harn und Kot. Hohlfeld (Leipzig).

Benestad (Kristiania). *Die Gewichtsverhältnisse reifer norwegischer Neugeborener in den ersten 12 Tagen nach der Geburt.* (Arch. f. Gynäkol., Bd. CI, S. 292.)

1979 Kinder (990 Knaben, 989 Mädchen; 1066 von Erstgebärenden, 913 von Mehrgebärenden) wurden unmittelbar nach der Geburt und am 4., 7., 10. und 13. Tage gewogen. Das mittlere Geburtsgewicht betrug 3466 g, das Mittelgewicht am Ende des 3. Tages 3278 g. Nach Beginn der Gewichtszunahme ist die Steigerung am größten in den ersten 3 Tagen. Das mittlere Geburtsgewicht wird vor Ausgang des 8. Tages von neuem erreicht, obwohl die Statistik den Gesundheitszustand der Mutter nicht berücksichtigt und gesunde wie kranke Kinder umfaßt. An dem günstigen und während seiner Beobachtungen ständig besser werdenden Ergebnis mißt Verf. der regelmäßigen Ernährungsweise mit 7 Mahlzeiten, der immer mehr durchgeführten natürlichen Ernährung und der besseren Behandlung der Mastitiden und wunden Warzen einen besonderen Anteil bei.

Die Erstgeborenen haben ein niedrigeres Geburtsgewicht, einen größeren Gewichtsverlust und eine geringere Zunahme aufzuweisen als die Mehrgeborenen. Die Knaben nehmen etwas mehr ab, zeigen dann aber eine größere Wachstumstendenz als die Mädchen. Die Kinder unter einem Geburtsgewicht von 3000 g nehmen weniger ab und beginnen eher mit der Zunahme als die Kinder von 4000 g und darüber, vom Augenblick der Gewichtszunahme an besteht kein nennenswerter Unterschied zwischen ihnen. Die Kinder der Mütter, die während der Geburt 1000 g Blut und mehr verloren haben, zeigen einen höheren Gewichtsverlust, bleiben aber nach Beginn der Zunahme nur unbedeutend hinter den anderen zurück. Kinder, deren Mütter an einer stärkeren Albuminurie (mehr als $\frac{1}{2}{}^0/_{00}$) litten, hatten dasselbe Anfangsgewicht wie die anderen, zeigten aber eine größere Abnahme und nach ihr eine stärkere Zunahme, die vom Verf. vermutungsweise auf eine reichlichere Milchsekretion der Mütter zurückgeführt wird. Hohlfeld (Leipzig).

Fr. Kirstein. *Über die physiologische Gewichtsabnahme Neugeborener.* (Zeitschr. f. Geburtshilfe u. Gynäkol., 1918, Bd. LXXX, S. 448.)

An dem Material der Marburger Frauenklinik (768 gesunde Kinder) stellt Verf. fest, daß der durchschnittliche Gewichtsverlust

im Verhältnisse zum Geburtsgewicht bei allen Kindern, mögen sie schwer oder leicht sein, etwa gleich groß ist. Andere Autoren haben bei den untergewichtigen Kindern eine relativ größere, bei den schwereren eine relativ kleinere Abnahme gefunden.

Bei einer Reihe von Neugeborenen wurden durch Dauerwägung (80 tägliche Wägungen in regelmäßigen Abständen und besonders vor und nach dem Trockenlegen sowie vor und nach dem Anlegen an die Brust) die Ausscheidung von Harn und Kot, die Wasserverdunstung durch Lunge und Haut, die Größe der Nahrungsaufnahme und die Schwankungen des Körpergewichtes gemessen. Neues bringt Verf. nicht. Keller.

A. Mayer (Tübingen). *Über den Zusammenhang zwischen Gewichtsabnahme und Temperatursteigerungen beim Neugeborenen (Hungerfieber).* (Arch. f. Gynäkol., Bd. CIV, S. 159.)

Verf. sah bei 14 rasch abnehmenden Neugeborenen Temperatursteigerungen, deren Maximum gewöhnlich mit dem Gewichtsminimum zusammenfiel. Die befallenen Kinder waren mit einer Ausnahme über 3000 g schwer, boten meist sonst keine nachweisbaren Krankheitserscheinungen und gediehen nach der Fieberattacke ganz gut. Die Angaben über die Ernährung sind entweder ungenügend oder fehlen ganz.

Die Temperatursteigerungen werden als Hungerfieber gedeutet und auf eine abnorme Beschaffenheit der Nahrung — Verunreinigung bei künstlicher Ernährung, Milch kranker Mütter, Reifeunterschiede der Frauenmilch — und eine abnorme Durchlässigkeit des Darmes zurückgeführt. Hohlfeld (Leipzig).

H. Hofmann. *Über den Einfluß der Kriegskost auf die Geburtsmaße der Kriegsneugeborenen.* (Arch. f. Gynäkol., 1919, Bd. CX, S. 451.)

Ein neuer Beitrag zu der viel diskutierten Frage der „Kriegsneugeborenen". Ähnlich wie das Material der Frauenkliniken und Entbindungsanstalten in Freiburg, Berlin, Mainz, Jena, Wien, Charlottenburg wird vom Verf. das der Rostocker Frauenklinik herangezogen, um die Entwicklung der Neugeborenen in Kriegs- und Friedenszeiten zu vergleichen. Verglichen wird der Zeitraum vom 1. Jänner 1912 bis 30. Juni 1914 mit dem vom 1. Jänner 1915 bis 30. Juni 1917. Das Ergebnis der Untersuchung ist: Die Kriegskost hat keinen Einfluß auf die intrauterine Entwicklung der Frucht bei gesunden Müttern. Die Kriegskinder haben sich in den ersten 10 Tagen schlechter entwickelt als die Friedenskinder. Die Ursache wird in einer Veränderung der qualitativen Zusammensetzung der Milch vermutet. Keller.

Richard Maron. *Der Einfluß der Ernährungsverhältnisse im Kriege auf den körperlichen Entwicklungszustand der Neugeborenen.* (Veröffentlicht aus d. Geb. d. Medizinalverw., 1918, Bd. VIII, S. 251.)

Kurze Zusammenstellung der Literatur über „Kriegsneugeborene" und über die Frage, inwieweit die mütterliche Ernährung von Einfluß

auf den kindlichen Zustand ist. Zu den Untersuchungen selbst diente das geburtshilfliche Material der Universitäts-Frauenklinik in München. Um nach Möglichkeit Fehlerquellen auszuschließen, wurden aus dem Material ausgeschieden: die Frühgeburten unter 1400 g Gewicht, Totgeburten, Mißgeburten, Zwillinge und Mehrlinge und die Kinder, deren Mutter vom Lande oder aus kleineren Städten die Klinik aufsuchten. Miteinander verglichen wurde ein Abschnitt reiner Friedensverhältnisse (1. Mai 1912 bis 31. Oktober 1913) mit einer vorgeschrittenen Kriegsperiode (1. Mai 1916 bis 31. Oktober 1917). Es stellen sich

die Durchschnittsgewichte der Neugeborenen

	Knaben	Mädchen
im Frieden	3275·9 g	3116·1 g
im Kriege	3205·7 g	3066·5 g

die Durchschnittslängen

im Frieden	50·21 cm	49·42 cm
im Kriege	50·02 cm	49·29 cm

Dabei handelt es sich nicht um häufigeres Auftreten von Frühgeburten in der Kriegszeit, sondern um eine fast gleichmäßige Gewichts- beziehungsweise Längenverminderung in allen Reifegraden und als Ursache dieser Erscheinung dürfte die Reduktion des mütterlichen Ernährungszustandes anzusprechen sein. Der körperliche Zustand der Früchte scheint dagegen unter den ungünstigen Lebensbedingungen des Krieges kaum zu leiden. Keller.

Weinberg (Stuttgart). *Über die Frage der Minderwertigkeit der Erstgeborenen.* (Öffentl. Gesundheitspflege, I. Jahrg., 1916, S. 313.)

Die Lehre von der Minderwertigkeit der Erstgeborenen ist in ihren Grundlagen anfechtbar. Hohlfeld (Leipzig).

Lahm (Dresden). *Zur Frage des Hydrops universalis congenitus.* (Arch. f. Gynäkol., Bd. CII, S. 284.)

Die Ätiologie des Krankheitsbildes ist keine einheitliche. In dem von ihm beobachteten Falle — asphyktisches, 1 Stunde post partum gestorbenes Kind mit Haut- und Höhlenwassersucht — sieht Verf. die zweifellos vorhandene Lues (Wa.-R. bei der Mutter +++, Osteochondritis, Pneumonia alba, Spirochäten in der Leber) als die Ursache an. Daß man auch bei ihr die als charakteristisch für den Hydrops angesehenen Blutbildungsherde in Leber, Milz und Nieren findet, mag zugegeben werden. Auffallend ist nur, daß sie dann den Hydrops nicht öfter erzeugt. Hohlfeld (Leipzig).

Vogt (Dresden). *Röntgenuntersuchungen über die Respirations-, Zirkulations- und Digestionsorgane Neugeborener.* (Arch. f. Gynäkol., Bd. CVII, S. 14.)

Mit dem Einzelschlagverfahren Dessauers stellte Verf. fest, daß die Entfaltung der Lungen erst nach einigen Tagen voll-

ständig wird. Besonders langsam erfolgt sie bei Frühgeburten. Bronchopneumonische Herde sind deutlich auf der Platte zu erkennen. Die Verschieblichkeit des Zwerchfelles ist viel größer als beim Säugling und Erwachsenen. Die Lage des Herzens ist fast rein quer. Der Magen zeigt die Rieder sche Form, sein unterer Rand kann zwischen 12. Brust- und 4. Lendenwirbel liegen, 3 Stunden nach der Nahrungsaufnahme ist er bei Brustkindern leer. Zusatz von Kontrastmitteln verlängert den Aufenthalt der Nahrung im Magen.

Hohlfeld (Leipzig).

E. Moro (Heidelberg). *Das erste Trimenon.* (Münchener med. Wochenschrift, 1918, Nr. 41.)

Aus der Periode des Säuglingsalters läßt sich neben der Neugeborenenzeit ungezwungen noch ein weiterer klinisch und biologisch markanter Abschnitt herausheben: Die ersten drei Monate. Die für diesen Lebensabschnitt charakteristischen Besonderheiten des Wachstums, der Ernährung und der Krankheitserscheinungen seien hier kurz aufgezählt. Am meisten in die Augen fällt die gesteigerte Empfindlichkeit junger Säuglinge gegenüber der ihnen gereichten Nahrung, die erst mit dem vierten Monat an Intensität nachläßt. Die Ursache hiefür liegt in einem deutlichen Absinken der Wachstumsintensität und des Gewichtsansatzes nach Ablauf der ersten drei Monate und gleichzeitiger Zunahme der Toleranz gegenüber artfremder Nahrung. Auch die in den ersten drei Monaten besonders große Labilität des Wasserstoffwechsels dürfte als Ursache mit herangezogen werden. Eine weitere Spezifität ist die Häufigkeit der Dyspepsien an der Brust, die in einer erhöhten Reizbarkeit des Nervensystems des Magendarmtraktes im ersten Vierteljahr begründet scheint. Auch Unterernährungsdyspepsien und Pylorospasmus sind fast ausschließlich auf das erste Trimenon beschränkt. Intertrigo, Erythema seberrhoicum und Erythrodermia desquamativa, bedingt durch den Blutreichtum der Epidermis und die Neigung zu Seborrhöe, sind ebenfalls Charakteristika der angeführten Periode, während die Symptome der exudativen Diathese stets erst jenseits derselben in Erscheinung treten. Ebenso fehlen im ersten Lebensquartal fast stets Rachitis und Spasmophilie. Dies ist auf das Vorhandensein von Kalkdepots zurückzuführen, die dem Säugling von der Mutter mitgegeben werden und die mindestens 3 Monate vorreichen. In vielen Fällen gehen sie aber nach diesem Zeitpunkte schon ihrem Ende entgegen. Verf. schlägt daher vor, den willkürlich gewählten Termin von 6 Monaten für die Beifütterung von Gemüse und Fruchtsäften in geeigneten Fällen um einige Monate früher zu legen. Dringend ist aber zu fordern, die Brusternährung wenigstens 3 Monate durchzuführen. Zum Schlusse macht Verf. auf einen Bewegungsreflex des jungen Säuglings aufmerksam. Legt man das Kind mit dem Rücken auf einen Tisch und schlägt zu beiden Seiten mit den Händen auf die Tischplatte, so fahren beide Arme und Beine zunächst symmetrisch auseinander, um sich gleich darauf im Bogen wieder zu schließen. Die Erklärung für diesen eigenartigen Reflex, der keines-

wegs ein Abwehrreflex ist, gibt ein Vergleich mit dem Tierreich. Fledermaus, Affe und Mensch gehören zu den „Brust- oder Tragsäuglingen" jener Säugetiergruppe, deren Junge von der Mutter in den ersten Monaten getragen werden. Dieses Tragen wird ermöglicht durch einen Anklammerungsinstinkt oder -reflex, den die Jungen mit zur Welt bringen. Bei den Affen ist ein ausgesprochener Klammerreflex vorhanden. Der oben geschilderte Bewegungsreflex des jungen Säuglings ist daher auch als Umklammerungsreflex zu deuten. Auch er erlischt nach Ablauf der ersten 3 Monate.

F. Sachs (Leipzig).

Frühgeburt.

A. Hoffmann (Darmstadt). *Nahrungsmengen und Energiequotient von an der Mutterbrust genährten frühgeborenen Zwillingen und von einem weiteren ebenso genährten ausgetragenen Kinde derselben Mutter.* (Arch. f. Gynäkol., Bd. CVI, S. 159.)

Die Bestimmung der Nahrungsmenge begann bei den Zwillingen am 5., bei dem anderen Kinde am 7. Lebenstage. Die etwa 4 Wochen vor dem berechneten Geburtstermin geborenen Zwillinge wogen am 5. Tage 1860 und 1640 g, das andere Kind am 6. Tage 3050 g. Vom 89. Tage an erhielten die ersteren, vom 137. Tage das letztere Kuhmilch zu. Der Energiequotient betrug im ersten Vierteljahr bei den Zwillingen durchschnittlich 119·1 und 116·4, bei dem ausgetragenen Kinde 107·4. Dem Verf. erscheint das als eine neue Bestätigung für die Annahme, daß der Kalorienbedarf schwacher Frühgeburten größer ist als der ausgetragener Kinder.

Hohlfeld (Leipzig).

Konstitution.

N. Voorhoeve. *Das Krankheitsbild der blauen Sklera.* (Ned. Tijdschr. v. Geneesk., 1917, Bd. I, S. 1873.)

Verf. hatte Gelegenheit, diese Erkrankung — zuerst von Eddowies im Jahre 1900 beschrieben —, charakterisiert durch einige bestimmt hereditär auftretende Erscheinungen, in einer Familie bei dem Vater und seinen beider Töchtern zu konstatieren. Unter den Erscheinungen fand sich ausgesprochen: 1. Fragilitas ossium, die sich schon in den ersten Lebensjahren äußerte und nach unbedeutenden traumatischen Insulten auftrat. Bei der Röntgenuntersuchung war am ganzen Skelett die Kortikalis sehr dünn, mit geringem Kalkgehalte und Rarifikation der Knochenbälkchen. Rachitische Knochenveränderungen fehlten. Verf. ist der Meinung, daß diese Fragilitas ossium auf Osteopsathyrosis infantilis beruht. 2. Blaue Sklera. Die blaue Farbe ist eine Folge der abnormalen Dünnheit der Sklera, wodurch, ebenso wie bei dem Säugling, das Pigment des Fundus durch die

sehr dünne Sklera hindurchschimmert. 3. Erscheinungen von Hämophilie. Es ergibt sich also bei der genannten Krankheit eine Minderwertigkeit von den drei Organsystemen: Skelett, Sklera und Blutgefäße, welche alle aus dem Mesenchym hervorgehen. Auf Grund nun von einer genaueren Beobachtung der betreffenden Familie und von den weiter konstatierten Erscheinungen entschließt sich Verf. zu der Hypothese, daß das Krankheitsbild auf einer hereditären Minderwertigkeit des Mesenchyms beruht. Erwähnenswert ist noch, daß bei vier anderen Familienmitgliedern Labyrinthtaufheit, welche gewöhnlich als Folge einer Affektion des Ektodermes betrachtet wird, zu konstatieren war. Verf. ist der Meinung, daß bei dieser Familie auch die Labyrinthtaufheit auf Rechnung eines Anlagefehlers des Mesenchyms gestellt werden soll. Graanboom.

Infektionskrankheiten.

de Vries Robles. *Tetanus neonatorum und seine Behandlung.* (Ned. Tijdschr. v. Geneesk., 1918, Bd. I, S. 800.)

Bericht über 3 Fälle von Tetanus neonatorum. Der erste, behandelt mit intraduraler Anwendung von Sulf. magnesiae, starb. Die zwei anderen, welche sich am dritten beziehungsweise fünften Krankheitstage anmeldeten und welche mit subkutaner Anwendung eines Antitetanusserums behandelt wurden, heilten binnen 3 Wochen. Man soll große Mengen einspritzen, bis zu 5000 A.-E. Graanboom.

F. Schotten. *Zur Heißbäderbehandlung der kindlichen Gonorrhöe.* (A. d. städt. Krankenhause Mainz.) (Münchener med. Wochenschr., 1891, Nr. 48.)

Verf. hat 23 Kinder nach der Weiß schen Methode, kombiniert mit Einspritzung von Silberpräparaten, behandelt, die alle innerhalb 10—20 Wochen geheilt wurden und bei der Nachuntersuchung keine Gonokokken mehr aufwiesen. Die Patienten wurden bis zur Brust in Wasser von 35° C gesetzt, das allmählich durch Zulaufen heißen Wassers auf 45—46° C, ja bei größeren Kindern sogar bis 48° C erwärmt wurde. Auf den Kopf Kühlschlauch oder dergleichen. Unangenehme Zwischenfälle sollen nie eingetreten sein. Die Kinder waren zwischen 2 und 10 Jahren. F. Sachs (Leipzig).

Welcker. *Lymphadenitis scarlatinosa necroticans.* (Ned. Tijdschr. v. Geneesk., 1918, Bd. I, S. 1509.)

Bericht über sechs klinisch behandelte Fälle bei Kindern unter 5 Jahren, alle mit letalem Ende. Das Bild ist charakteristisch: Bei jungen Kindern tritt, im Anschluß an eine gewöhnlich schwere Scharlacherkrankung, einige Tage nach dem Erscheinen des Exanthems eine Schwellung in einer oder mehreren Lymphdrüsenregionen auf, z. B. an einer oder an beiden Seiten des Halses, in der Achsel

oder an den subrektoralen Drüsen, woran sich ein schnell auftretendes, sich weit auf die Umgebung ausbreitendes, stark ödematöses, perilymphadenitisches Infiltrat anschließt. Das ganze Gewebe, die Muskeln, die Gefäße als auch die Haut, welche durch das Infiltrat in Mitleidenschaft gezogen waren, fallen der trockenen Nekrose zum Opfer. Gewöhnlich hat der Tod schon eingegriffen, bevor sich eine Spur von Erweichung zeigt. Graanboom.

Marie Snell. *Die diphtherische Nabelinfektion mit besonderer Berücksichtigung der Nabelgangrän.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXIX, S. 40—57.)

Nachdem im Herbst und Winter 1917/18 in der Göttinger Frauenklinik zahlreiche Fälle von Nasendiphtherie vorgekommen waren, wurde bei vier dort entbundenen Kindern in der Kinderklinik Diphtherie des Nabels festgestellt. Da früher schon vier Fälle der gleichen Erkrankung beobachtet waren, ist diese offenbar nicht so selten als man früher angenommen, wird vielmehr nur leicht verkannt. In fünf der Fälle war gleichzeitig Nasendiphtherie vorhanden, die stets den Verdacht bei gleichzeitiger Erkrankung des Nabels auf diphtherische Infektion hinlenken sollte. Die Diagnose kann sich im übrigen nur auf die bakteriologische Untersuchung stützen, da die Art der Nabelerkrankung sehr verschieden sein kann. Nur ein Teil der Fälle entspricht dem Bilde eines flachen, kruppös belegten Geschwürs; im weiteren Verlauf kommt es oft zu Gangrän oder zu tiefgreifenden geschwürig-gangränösen Veränderungen, und ein Fall bot von vornherein das Bild der oberflächlichen reinen Gangrän. Bei Verdacht auf diphtherische Erkrankung des Nabels ist frühzeitige Serumanwendung angezeigt. H. Vogt.

E. Feer (Zürich). *Zur Behandlung der Diphtherie mit gewöhnlichem Pferdeserum.* (Münchener med. Wochenschr., 1919, Nr. 13.)

Nachprüfung der Versuche Bingels. Im Gegensatze zu Bingel, der seine Fälle abwechselnd mit Diphtherieserum und gewöhnlichem Pferdeserum spritzte, ohne Rücksicht auf die Schwere der Erkrankung, und dabei keinen Unterschied im Erfolge sah, behandelte Feer 65 schwere Fälle mit antitoxischem Serum, im Durchschnitt 4000 I.-E., und 57 leichte Fälle mit der ungefähr gleichen Menge Pferdeserum. Die Fälle, die gewöhnliches Serum erhielten, gelangten, da im allgemeinen leichter und frischer, durchschnittlich 0·8 Tage früher zur Behandlung als die anderen. Trotzdem war die Zeit bis zur Abstoßung der Beläge im Durchschnitt 2·4 Tage länger als bei den Diphtherieserumfällen. An Einzelheiten ist zu erwähnen, daß nach gewöhnlichem Pferdeserum ganz im Gegensatz zu der Behandlung mit antitoxischem Serum häufig Beläge von neuem auftraten, ferner daß bei einem Kranken bei ursprünglich freiem Kehlkopf 5 Tage nach der Injektion des Pferdeserums eine Stenose auftrat, die Intubation nötig machte, ein Vorkommnis, das nach Angabe der meisten Autoren bei Diphtherieserum nie beobachtet wurde. Aus allem dem geht unzweideutig hervor, daß

die Schlußfolgerungen Bingels nicht zu Recht bestehen und der Antitoxingehalt des Serums doch das Wesentliche ist. Verf. wirft die Frage auf, ob Bingels Resultate nicht dadurch zustande gekommen sind, daß er statt des gewöhnlichen Serums etwa Serum ehemaliger Diphtheriepferde erhalten hat, da eine Nachprüfung auf eventuellen Antitoxingehalt nicht erfolgt ist. Sachs (Leipzig).

F. v. Delbrück. *Über die Vorzüge der kombinierten Serumbehandlung bei Diphtherie.* (A. d. med. Klinik Jena.) (Münchener med. Wochenschrift, 1918, Nr. 44.)

Verf. tritt energisch für die kombinierte Behandlung, d. h. gleichzeitige intravenöse und intramuskuläre Verabfolgung des Di-Serums, ein. Während nach Versuchen von Morgenroth und Levy bei intramuskulärer Einverleibung der Höhepunkt des Antitoxingehaltes des Blutes erst nach 24—48 Stunden eintritt, nach Subkutaninjektion erst nach 3 Tagen, erreicht man durch die intravenöse Applikation eine sofortige Überschwemmung mit Antitoxin, so daß alles noch kreisende oder bald darauf gebildete Toxin sofort gebunden werden kann. Das gleichzeitig angelegte intramuskuläre Serumdepot ergänzt dann nach einiger Zeit das allmählich schwindende, intravenös zugeführte Antitoxin. Durch Kurven und Statistik wird die Überlegenheit der kombinierten Methode gegenüber der einfach intramuskulären erhärtet. Bei septischer Diphtherie ist die intravenöse Injektion großer Dosen J. E. das einzige Mittel, den Kranken zu retten. Subkutane Einverleibung muß für alle Fälle als direkter Kunstfehler angesehen werden. Während bei intramuskulärer Injektion auch am 3. und 4. Tag mit einem Deszendieren der Di gerechnet werden muß, wurde bei kombinierter Behandlung nach dem 2. Tage nie mehr ein Absteigen beobachtet. In den Jahren 1915—1917 betrug die Mortalität in der Jenenser Klinik: bei nur intramuskulärer Verabfolgung des Serums 19·5% bei Nichttracheotomierten und 41% bei Tracheotomierten, bei kombinierter Behandlung 5·6% beziehungsweise 14·1%. Die Anaphylaxiegefahr erscheint Verf. ganz gering, die Intubation hält er, auch im Krankenhause, für weniger zweckmäßig als die Tracheotomie. F. Sachs (Leipzig).

E. Hermann. *Das Eukupin in der Behandlung der Diphtheriebazillenträger.* (Monatsschr. f. Kinderheilk., Bd. XVI, 1919.)

Ermutigt durch verschiedene günstige Berichte über die keimtötende beziehungsweise abschwächende Wirkung der Morgenroth schen Chinaalkaloide und ihrer Toxine, besonders des Eukupinotoxins, auf Diphtheriebazillen, machte die Verf. mit diesen Präparaten einen Versuch der lokalen Desinfektion der Nase beziehungsweise der Mandeln an kindlichen Diphtheriebazillenträgern. Die Erfolge waren gering; nur in 5 von 26 Fällen wurde Keimfreiheit erzielt. Dagegen zeigten sich besonders bei jüngeren Kindern bei dieser Art der Behandlung verschiedene Nachteile lokaler und allgemeiner Natur, so daß die Verf. auf Grund dieser Erfahrung die Methode

für die jüngeren (unter 6 Jahre alten) Kinder ganz ablehnen zu müssen glaubt. Bei älteren Kindern mag in dringenden Fällen die Behandlung versucht werden, ist jedoch nicht zu lange auszudehnen.
Autoreferat.

Bachauer (Augsburg). *Über Diphtheriebekämpfung in den Volksschulen Augsburgs.* (Münchener med. Wochenschr., 1919, Nr. 12.)

Verf. hat als Stadtarzt durchgesetzt, daß alle an Diphtherie erkrankten Schulkinder nicht eher wieder zum Unterricht zugelassen werden, als bis diese selbst sowie die als Bazillenträger eruierten Hausgenossen bazillenfrei geworden sind. Die Untersuchungen wurden zu besonderen Sprechzeiten im allgemeinen Untersuchungszimmer vorgenommen, die Resultate für spätere statistische Bearbeitungen nach besonderem Schema zusammengestellt. Nach Ablauf von 5 Wochen waren 80·2% sämtlicher mit Bazillen Behafteten entkeimt. Die übrigen 10·1% verteilten sich auf die 8.—15. Woche. Die künstliche Entkeimung (Jodtinktur, Providol, Malonsäure) erwies sich nicht als besonders erfolgreich, wurde daher nur in kleinem Maßstabe angewandt. Die Untersuchungen erstreckten sich auf die Jahre 1913—1918. Der Erfolg war ein guter, sowohl Morbidität wie Mortalität, die in diesen Jahren in den übrigen Teilen Schwabens zunahmen, gingen in Augsburg zurück, obwohl auch der Charakter der Epidemie an Bösartigkeit zunahm. Die Besserung erstreckte sich in größerem Maße auf die Schulkinder wie auf die andere Bevölkerung. Schulschließungen und ähnliche Maßnahmen, die früher an der Tagesordnung standen, waren nicht mehr nötig. Sachs (Leipzig).

Anschütz und **Kisskalt** (Kiel). *Über Wunddiphtherie.* (Münchener med. Wochenschr., 1919, Nr. 2.)

Auffällige Häufung von Wunddiphtherie in letzter Zeit. Einteilung in die 1. ulzerierende, 2. phlegmonöse, 3. pseudomembranöse, 4. mit feinsten, schleierartigen Belägen bedeckte, 5. uncharakteristische Form. Prognose für Form 1 und 2 bedenklich, für die übrigen quoad vitam günstig. Sachs (Leipzig).

Wolff-Eisner (Berlin). *Die Behandlung der Grippe mit Adrenalininhalationen, zugleich ein Beitrag zur Behandlung und Verhütung der Bronchopneumonien überhaupt.* (Münchener med. Wochenschr., 1919, Nr. 1.)

Verf. will durch therapeutische und vor allem prophylaktische Inhalation von Adrenalin mittels des Dräger schen Verneblungsapparates sehr gute Erfolge erzielt haben, die er auf die vorübergehende Kontraktion der Lungengefäße und dadurch bedingte Hintanhaltung beziehungsweise Beseitigung von Hypostasen zurückführt.
Sachs (Leipzig).

Else Koch. *Zur Klinik der Kruse-Shiga-Ruhr im Kindesalter.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXVIII, S. 331.)

Neben zahlreichen Fällen von „Pseudobazillenruhr" wurden im Sommer 1917 auch 12 Fälle von Infektion mit Shiga-Kruse-schen Bazillen beobachtet, die Kinder im Alter von 1—9 Jahren betrafen. Der vierte Teil der Kinder erlag der Erkrankung. Diese kann anderseits auch in leichtester Form ablaufen. In allen schwereren Fällen trat nach anfänglicher Entfieberung von neuem ein unregelmäßig remittierendes Fieber auf. Verhältnismäßig oft kam es nach anscheinend leichtem Verlaufe des ersten Anfalles zu schweren Rückfällen. H. Vogt.

Ditthorn und **Loewenthal** (Berlin). *Erfahrungen mit unserem multivalenten Ruhrschutzimpfstoff „Dysmosil"*. (Hyg. Rundschau, 28. Jahrg., Nr. 15, S. 517.)

Die lokalen und allgemeinen Reaktionen halten sich nach den in diesem Sammelreferat zusammengetragenen Erfahrungen in mäßigen Grenzen. Der Impfschutz erreicht anscheinend erst nach 2—3 Wochen seine volle Höhe und schwankt in seiner Dauer zwischen 2 und 8 Monaten. Hohlfeld (Leipzig).

Tuberkulose.

Thiele (Chemnitz). *Tuberkulöse Kinder*. (Zeitschr f. Schulgesundheitspflege, Abt. Der Schularzt, 15. Jahrg., Nr. 6.)

Verf. betont von neuem die Bedeutung der Tuberkulose für das Kindesalter und damit den großen Wert, den eine organisatorisch durchgebildete vorbeugende Bekämpfung der Tuberkulose gerade in der Schule durch den Schularzt hat. Er rät deshalb, M. Kirchners, des besonderen Rufers im Kampf gegen die Kindertuberkulose, erneute Klage, daß „gegen die Tuberkulose im Kindesalter nicht genug getan worden ist und in Zukunft erheblich mehr geschehen muß, zu beachten (Zeitschr. f. Tuberk., 1917, Bd. XXVII, S. 51 ff.). Einführung der Familienversicherung bei den Krankenkassen ist hier die Forderung des Tages. Gleichzeitig schärft A. Gottstein (Zeitschr. f. Tuberk., 1917, Bd. XXVII, S. 62 ff.) unter Hinweis auf des Referenten Monographieversuch (Tuberkulöse Kinder, Leipzig 1915), der eine Reihe charakteristischer Lebensbilder tuberkulöser Kinder bringt, die Gewissen der Ärzte und Lehrer und fordert eine Ausgestaltung des schulärztlichen Einflusses auf die Fortbildungsschule. Er sagt mit Recht: „Alles, was die Schulgesundheitspflege auf dem Gebiete der Tuberkulosebekämpfung bisher geleistet hat, und es ist nicht wenig gewesen, war ein Versuch an einem bequemen Objekt, ein Versuch, der die Aussicht auf Erfolg bewiesen hat; diese Maßnahmen werden ihre Proben unter schwierigeren Verhältnissen erst zu bestehen haben bei ihrer Ausdehnung auf die Pflichtfortbildungsschulen, aber diese Ausdehnung ist eine unbedingte Notwendigkeit im Kampfe gegen die Tuberkulose". Verf. stimmt dem durchaus zu und schließt: Die Frage der Kindertuberkulose darf nicht wieder verstummen. Thiele (Chemnitz).

F. Hamburger. *Die Überlegenheit der Stichreaktion über die Kutanreaktion.* (Münchener med. Wochenschr., 1919, Nr. 4.)

Die unbedingte Verläßlichkeit der Stichreaktion wurde neuerdings durch Untersuchungen von Gyenes und Weißmann erbracht. 98% aller österreichisch-ungarischen Heeresangehörigen reagierten positiv. Die restlichen 2%, die selbst auf 100 mg Alttuberkulin nicht reagierten, zeigten mehrere Wochen nach eingetretener Infektionsgelegenheit positive Stichreaktion auf 1 mg und weniger. Verf. weist nochmals auf die Überlegenheit der Stichreaktion über die Kutanreaktion hin. Sachs (Leipzig).

Zirkulationsapparat.

H. Assmann (Leipzig). *Das Myxödemherz.* (Münchener med. Wochenschrift, 1919, Nr. 1.)

Bestätigung der (in dieser Monatsschrift referierten) Untersuchungen Zondecks über Herzverbreiterung bei Myxödem, die sich auf Thyreoidintherapie, nicht aber auf Digitalis rasch zurückbildet. Sachs (Leipzig).

Respirationsorgane.

R. Deussing. *Konstitutionell beeinflußte Anginen.* (Jahrb. f. Kinderheilkunde, Bd. LXXXVIII, S. 421.)

Verf. beschreibt eine Anzahl Fälle von Halsentzündung, die unter dem Bild einer Diphtherie verliefen, aber nicht durch Diphtheriebazillen ausgelöst waren. Die Blutuntersuchung ergab bei derartigen Kranken regelmäßig eine Lymphozytose, 50—60 v. H. und 6000—11.000 Lymphozyten. Unter den Lymphozyten machten die kleinen Lymphozyten des normalen Blutes den geringsten Teil aus, es überwogen die großen Formen mit breitem, ungewöhnlich stark basophilem Protoplasma und großem, meist ovalem oder nierenförmigem, exzentrisch gelegenem Kern. Eine Knochenmarkinsuffizienz ist nicht die Ursache der lymphatischen Reaktion bei diesen Fällen, da intravenöse Kollargoleinspritzung zu einer ausgesprochenen Vermehrung der Granulozyten führte. Als Erreger wurden meist Streptokokken, in zwei Fällen Spirochäten und fusiforme Bazillen angetroffen. Für die Annahme einer Sepsis lieferte weder der Verlauf der Fälle noch die bakteriologische Blutuntersuchung einen Anhalt. Im Gegensatz zu den Streptokokken haben Diphtheriebazillen nicht die Eigentümlichkeit, zu lymphatischer Reaktion zu führen. Als Grundlage der lymphatischen Reaktion betrachtet Verf. die lymphatische Konstitution; begünstigt wird sie nach seiner Auffassung dadurch, daß das lymphatische Gewebe (Tonsillen, Lymphbahnen des Darmes beim Typhus) von der Infektion unmittelbar betroffen wird. H. Vogt.

D. Gerhard (Würzburg). *Über parapneumonische und bronchopneumonische Empyeme.* (Münchener med. Wochenschr., 1918, Nr. 40.)

Von den gewöhnlichen metapneumonischen Empyemen hat man die parapneumonischen abgetrennt, die sich außer durch den Zeitpunkt ihres Entstehens — schon auf der Höhe des pneumonischen Prozesses — durch ihre Gutartigkeit, Neigung zu Spontanresorption sowie geringe Ausdehnung und geringe Zahl der Bakterien auszeichnen. Wesentlich ernster dagegen sind die Empyeme zu beurteilen, die im Verlauf einer Bronchopneumonie auftreten. Sie neigen nicht zu Spontanheilung, sind reich an Mikroben und tragen viel zur Verschlimmerung des Krankheitsbildes bei. Verf. hat sie in letzter Zeit häufig im Verlaufe von Influenzapneumonien gesehen. Die Unterscheidung gegen die parapneumonischen Empyeme, denen sie oft sehr ähneln können, geschieht durch die Größe des Ergusses und die Anzahl der Mikroben. Der Behandlung bietet das bronchopneumonische Empyem besondere Schwierigkeiten: Die Rippenresektion ist oft wegen der Schwere des Allgemeinzustandes nicht möglich, Punktion schafft nur vorübergehend Besserung. Auch die Bülausche Heberdrainage stellt oft einen zu großen Eingriff dar. Verf. hat mit gutem Erfolge mehrere Fälle dieser Art durch Punktion mit einem 10 cm langen, 3 mm Lichtung aufweisenden Troikart und Belassung der durch eine breite Platte gesicherten Hülse in der Empyemhöhle mit gutem Erfolge behandelt. Nach Besserung des Allgemeinbefindens, gewöhnlich nach 3—4 Tagen, wurde die Rippenresektion angeschlossen. Sachs (Leipzig).

Blut und blutbildende Organe.

Johanna Schwenke. *Über schwere Anämien im frühen Kindesalter.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXVIII, S. 181 und 284.)

Unter den schweren Formen von Anämie im frühen Kindesalter lassen sich zwei Gruppen aufstellen, zwischen denen Übergangsformen vorkommen, die aber als verschiedene Krankheitsbilder angesehen werden müssen. Die eine Gruppe der Kinder, die das Blutbild der Oligochromämie oder Pseudochlorose aufweist, ist gekennzeichnet durch weitgehendes Zurückbleiben der körperlichen wie geistigen Entwicklung. Bei der anderen Gruppe bietet das Blutbild den sogenannten embryonalen Typus und die Milz ist erheblich vergrößert. Von den 9 Kindern der ersten Gruppe war eines ein Nachkömmling, eines untergewichtig geboren, eines zu früh geboren, eines ein Zwilling, eines spätgeborener Abkömmling einer Familie mit großer Kindersterblichkeit, eines eine Mißbildung, zwei hatten blasse Geschwister, so daß bestimmt anzunehmen ist, daß es durchweg debile Kinder waren. Rachitis und exsudative Diathese waren nicht häufig vorhanden. Die meisten Kinder waren unzweckmäßig lang einseitig mit Milch ernährt worden. Milcharme oder -freie Ernährung führt zu Besserung, die Heilung erfolgt nach Monaten oder Jahren mit dem Fortschreiten der Allgemeinentwicklung. Die

zweite Form schwerer Anämie, bei der neben ansehnlichem Milztumor beträchtliche Leukozytose (durchschnittlich 15.000—30.000 w. Blk.), gleichmäßige Herabsetzung der Zahl der roten Blutkörperchen und des Blutfarbstoffgehaltes, kernhaltige rote Blutkörperchen und Myelozyten und Myeloblasten angetroffen werden, wurde im Laufe von 5 Jahren an 16 Kindern im Alter von ½—2 Jahren beobachtet. Die Erkrankung entwickelte sich bei künstlicher, einförmiger Ernährung. Die meisten Kinder wiesen gleichzeitig Rachitis meist mäßigen Grades auf. Infektionen, besonders solche der Luftwege, waren häufig und wirkten sichtlich ungünstig. Die Abgrenzung der Fälle gegen die Leukämie stößt klinisch wie anatomisch auf Schwierigkeiten; regelmäßig fanden sich Blutzellbildungsherde in der Leber, myeloische Metaplasie in Milzpulpa und Lymphdrüsen, mit Schwund der lymphatischen Elemente und Bindegewebsneubildung. Die Heilungsaussichten sind sehr gering. Milcharme oder milchfreie Ernährung oder Ernährung mit Frauenmilch wirken günstig, dagegen erwiesen sich Arzneimittel als unwirksam. Auf Verhütung von Infektionen ist großes Gewicht zu legen.

H. Vogt.

Er. Schiff und **Therese Friedmann.** *Fortlaufende Untersuchungen über den Hämoglobingehalt des Blutes, ferner über die Zahl und osmotische Resistenz der roten Blutkörperchen beim Scharlach.* (Monatsschr. f. Kinderheilk., Bd. XV, S. 7.)

Das in einer früheren Mitteilung beschriebene Absinken des Hämoglobingehaltes im Blute in den ersten Tagen der Scharlacherkrankung wurde neuerdings bestätigt. Die Zahl der roten Blutkörperchen sinkt gegen Ende der Fieberzeit, während sie auf der Höhe der Erkrankung noch keine Abweichung erkennen läßt. Die Verminderung der Zahl der roten Blutkörperchen hängt nicht ab von der Schwere der Erkrankung, wohl aber von der Höhe des Fiebers. Die Wiederherstellung des Blutfarbstoffgehaltes erfolgt in der Regel später als die der Zahl der roten Blutkörperchen. Während bei zwei Dritteln der untersuchten Fälle schon nach 20 Tagen die Blutkörperchenzahl regelrecht befunden wurde, waren nur in einem Drittel der Fälle am Ende der sechsten Krankheitswoche regelrechte Werte für den Blutfarbstoff zu verzeichnen. Durch hinzutretende Erkrankungen wird die Neubildung des Hämoglobins stärker geschädigt als die der roten Blutzellen. Der zu Beginn der Erkrankung niedrige Färbeindex steigt mit dem Abklingen der ersten Krankheitszeit auf Werte von 1 und darüber; es folgt ein neuerliches Sinken und Wiederansteigen. Im Verhalten der Blutkörperchen gegen Kochsalzlösungen verschiedener Stärke ändert die Erkrankung nichts.

H. Vogt.

Oswald Meyrich. *Blutarmut und Krieg.* (Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 30. Jahrg., Nr. 4.)

Verf. bemängelt mit Recht die Diagnose der Schulärzte: „Blutarmut". Unter Hinweis auf seine interessanten Berichte in den

„Pädagogisch-psychologischen Arbeiten, Bd. IV und V (Leipzig, Alfred Hahn), des pädagogisch-psychologischen Institutes des Leipziger Lehrervereines über vorhergehende mit Unterstützung des Hygienischen Instituts der Universität Leipzig vorgenommenen Untersuchungen Leipziger Volksschulkinder stellt er fest, daß trotz der Ernährungsschwierigkeiten der Hb-Gehalt nicht nur bei Volks-, sondern auch bei Fortbildungsschülerinnen zunahm, die „Blutarmut" also abnahm. Die Untersuchungen erstrecken sich bis in den September 1916. Thiele (Chemnitz).

Rombach. *Polycythaemia rubra (Erythraemia) und Herzfehler.* (Ned. Tijdschr. v. Geneesk., 1918, Bd. I, S. 1144.)

Mädchen von 4½ Jahren mit Zyanose nach jeder körperlichen Anstrengung, kongestioniertem Gesichte und Venenektasie an den Wangen; die Schleimhaut von Gaumen und Wangen sehr hyperämisch; trommelförmigen Finger- und Zehenkuppen. Herztöne normal. Blutdruck 90 mm. Milz mäßig vergrößert. Der Harn enthält viel Urobilin, ist sonst normal. Der Urobilingehalt der Fäzes ist durchschnittlich 165 mg pro Tag (normal 120—150 mg), hinweisend auf vermehrte Hämolyse. v. Pirquet und v. Wassermann negativ.

Die Blutuntersuchung ergab: Hämoglobin (Sahli) 140 á 150%, normaler spektroskopischer Befund. Spez. Gewicht 1075 (normal 1050—1060); Brechungsindex normal. Chromozyten sehr resistent (bestimmt nach Chauffard), Chromozytenzahl 7,608.000, Leukozyten 6000, Anisozytose; keine kernhaltigen roten Blutkörperchen. Das weiße Blutbild bestand aus 57% neutrophilen, 34% Lymphozyten, 7% mononukleären und Übergangsformen, 1½% eosinophilen und 1½% Mastzellen.

Der in casu anwesende Trias, nämlich Zyanose (Erythrose), Polycythämie und Milzschwellung, wies also hin auf Polycythaemia rubra (Vaquez' Krankheit); bis jetzt bei Kindern höchst selten beobachtet.

Bei der nun folgenden elektrokardiographischen Untersuchung, angestellt durch Einthoven, zeigte der R-Gipfel die für angeborenen Herzfehler charakteristische Lage. Rombach ist der Meinung, daß in casu die Polykythämie eine Folge des angeborenen Herzfehlers sei. Graanboom.

Lymphatischer Apparat.

K. Ochsenius (Chemnitz). *Zur Behandlung der Lymphadenitis acuta im Kindesalter.* (Münchener med. Wochenschr., 1919, Nr. 13.)

Bei Erkrankung eines Organs ist passive, durch primäre Gefäßerweiterung erzeugte Hyperämie ein wesentlicher und notwendiger Faktor zur Beseitigung schädigender Stoffe (Mikroorganismen, Toxine) sowie zur Linderung des Schmerzes. In Anwendung dieser Erfahrung behandelt Verf. die akute Lymphadenitis durch künstlich

erzeugte Hyperämie mittels warmer Umschläge und hyperämisierender Chemikalien (Jod, graue Salbe). Er hat, im Gegensatz zu der herrschenden Meinung, bei diesem Verfahren weniger Abszedierungen gesehen als bei Anwendung von Kälte. Kommt es dennoch zur Einschmelzung, so inzidiert er nicht sofort, sondern wartet unter Fortsetzung der Wärmebehandlung die Bildung eines scharf umschriebenen Eiterherdes ab. Alsdann genügt ganz kleine Stichinzision und nachfolgende Saugbehandlung ohne Tamponade, die die besten kosmetischen Erfolge in kürzester Zeit bei geringem Schmerze geben. Sachs (Leipzig).

Innere Sekretion.

T. Schucany. *Über endogene Fettsucht im späteren Kindesalter.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXIX, S. 30.)

Ein 13jähriges Mädchen hatte bei 127 cm Länge ein Gewicht von 77·2 kg, gegenüber einer Durchschnittslänge von 147 cm und einem mittleren Gewicht von 34·5 kg. Das Kind hielt sich auf seinem Körpergewicht bei einer Kost, die etwa 1200 Kalorien, d. h. 16 Kalorien auf das Kilogramm Körpergewicht, entsprach. Die Röntgenuntersuchung der Hand ergab eine Verzögerung der Entwicklung um 4—5 Jahre. Auf Darreichung von Thyrakrin kam es zu Gewichtabnahme. — Bei einem 8½jährigen Knaben fand sich bei einem Gewicht von 50 kg (gegen 23 kg regelrecht) eine allgemeine Fettsucht, doch mit besonders hochgradiger Fettansammlung an den Brüsten, der Unterbauchgegend und dem Schamberg. Dabei bestand ausgesprochener Hochwuchs mit langen schlanken Gliedern. Hypophysistabletten brachten in 5 Monaten einen Rückgang des Körpergewichtes um 5 kg. Trotzdem liegt kein Anhaltspunkt für hypophysäre Dystrophie vor, es dürfte sich vielmehr um primären Eunuchoidismus handeln. Im Laufe der 2jährigen Beobachtung erfolgte weitgehende Besserung. H. Vogt.

Verdauungstraktus.

Fr. Hamburger (Graz). *Periodisches Erbrechen oder periodische Azetonämie?* (Münchener med. Wochenschr., 1918, Nr. 40.)

Mitteilung der Krankengeschichte eines vierjährigen Kindes, das alle 75 Tage erbrach und bei dem niemals vor dem nächtlichen Erbrechen und auch nicht im nächsten Morgenharn, sondern erst in der nächsten 24-Stunden-Portion Azeton gefunden wurde. Verf. mißt, in Übereinstimmung mit den Befunden L. F. Meyers, dem Azeton keine entscheidende Bedeutung bei und möchte daher lieber von „periodischem Erbrechen" als „periodischer Azetonämie" sprechen. F. Sachs (Leipzig).

R. Drachter (München). *Behandlung der hypertrophischen Pylorusstenose der Säuglinge durch Myotomie des Pylorus (Weber-Rammstedtsche Operation).* (Münchener med. Wochenschr., 1919, Nr. 14.)

Polemik gegen die interne Behandlung.

Die wenigsten Pädiater werden dem Verf. zustimmen, wenn er fordert, alle Fälle nach erfolgloser 4—5tägiger interner Behandlung zu operieren. Dagegen ist ihm sicher darin recht zu geben, daß man sich jetzt eher zu dem relativ gefahrlosen Eingriff entschließen soll, wie früher zu der notwendigen Gastroenterostomie. Für die Operation fordert er Vermeidung von Wärmeverlust, Blutverlust, Prolaps von Baucheingeweiden, unvollständiger Durchtrennung des Muskels, Verletzung der Serosa. Die Bauchdeckennaht muß besonders sorgfältig ausgeführt werden. Sachs (Leipzig).

Ernst Bogdán. *Linksseitige Zoekalbrüche bei Kindern.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXVIII, S. 176.

Die 5 Fälle, bei denen das Zoekum mit dem Wurmfortsatz im Bruchsack einer linksseitigen Leistenhernie angetroffen wurde, betrafen Knaben im Alter von 2—4 Jahren. Für Situs inversus lag kein Anhaltspunkt vor. Vorbedingung für die Entstehung des Krankheitsbildes ist starke Beweglichkeit des Blinddarmes, unterstützend wirkt wohl die in drei der Fälle beobachtete starke Ausdehnung des Leibes. H. Vogt.

R. Drachter. *Zur Diagnose der Appendizitis des Kindes.* (A. d. chirurg. Abt. d. Univ.-Kinderklinik München.) (Münchener med. Wochenschrift 1918, Nr. 38.)

Die Mortalität der Appendizitis des Kindes ist eine höhere als die des Erwachsenen. Dies beruht lediglich auf der mangelhaften Diagnose, so daß die Kinder durchschnittlich in späterem Stadium zur Operation kommen als Erwachsene. Die Appendizitis wird — mit einer Ausnahme — erst aus der folgenden Peritonitis diagnostiziert. Ein früheres Stadium ist nicht diagnostizierbar. Die erwähnte Ausnahme umfaßt die Fälle, in denen der Wurmfortsatz von der vorderen und hinteren Bauchwand gleich weit entfernt liegt und es infolge Verklebungen der Darmschlingen und des Netzes zu einem diagnostizierbaren Tumor kommt, bevor sich eine Peritonitis ausgebildet hat. Die wichtigsten Gesichtspunkte und Symptome bei der Diagnose sind folgende:

1. Die anamnestische Frage betreffs Verhalten des Kindes während der Nacht. Hat das Kind gut geschlafen, so liegt so gut wie nie Appendizitis vor.

2. Körpertemperatur. Der akut entzündliche Prozeß des Wurmfortsatzes geht immer mit Temperaturerhöhung einher. Im vorgeschrittenen Stadium mit Eiterbildung kann Fieber gering sein oder fehlen.

3. Bauchdeckenspannung. Diese ist das wichtigste Symptom. Ist sie vorhanden, so ist die Indikation zur Operation gegeben. Man

darf stets nur ganz leicht und oberflächlich palpieren, die hintere Bauchwand muß ebenso wie die vordere untersucht werden. Setzt sich das Kind allein im Bette auf, so wird die Diagnose Appendizitis unwahrscheinlich, ebenso dann, wenn man bei der Palpation in der rechten Unterbauchgegend Darmgurren auslösen kann.

Jede diagnostizierte Appendicitis acuta muß sofort operiert werden. F. Sachs (Leipzig).

Walther Hoffmann. *Askaridenileus.* Mit besonderer Berücksichtigung des Obturationsileus nebst Mitteilung von 7 Fällen. (Monatsschr. f. Kinderheilk., XV, 199.)

Zu den schwersten Komplikationen der Askaridiasis gehört der Askaridenileus, der in vier verschiedenen Formen auftreten kann. Verf. fand in der Literatur 56 Fälle von Obturationsileus durch Askariden, 11 Fälle von spastischem Ileus, 17 Fälle von Darminvagination, 6 Fälle von Volvulus durch Askariden bedingt. (Genaues Literaturverzeichnis.) In der Arbeit findet die erste Form, der Obturationsileus, durch 7 neue Krankengeschichten belegt, eingehende Besprechung; es erhöht sich damit die Zahl der in der Literatur niedergelegten Fälle auf 63.

Etwa drei Viertel der Fälle betrifft das jugendliche Alter, am meisten befallen ist die Zeit zwischen dem 2.—9. Jahre. Bei 17 jugendlichen Patienten beträgt die durchschnittliche Zahl der insgesamt nachgewiesenen Parasiten 48, bei 5 erwachsenen Kranken 172. Die durchschnittliche Zahl der in einem Wurmknäuel vorhandenen Askariden beträgt bei 17 Kindern 28. Weitaus am häufigsten sind die Konvolute im unteren Dünndarme lokalisiert; sie verursachen meist entzündliche Schwellung des anliegenden Darmabschnittes, der benachbarten Peyerschen Plaques und Mesenterialdrüsen sowie geringen Peritonealerguß.

Die Erkrankung setzt fast immer plötzlich mit kolikartigen Leibschmerzen und Erbrechen ein. Öfter kommen Kollapszustände oder intoxikationsartige Erscheinungen vor. Die Stuhlentleerungen sind nur spärlich oder fehlen. In 6 Fällen wurden blutige Fäzes beobachtet. Sehr oft ist die verlegte Darmschlinge als Tumor nachweisbar, besonders in der Ileokoekalgegend, was zu Verwechslungen mit Appendizitis Anlaß gibt. Was den Verlauf der Erkrankung betrifft, können zwei Formen auseinandergehalten werden: 1. Fälle mit langsam sich steigernden, oft lange relativ gutartigen Symptomen; der eigentliche Beginn ist zwar auch hier fast immer plötzlich.

2. Fondroyant verlaufende Fälle. Für die Diagnose sind der Nachweis der Askariden oder ihrer Eier, das jugendliche Alter der Patienten, der fieberfreie Verlauf und vor allem die Feststellung eines Abdominaltumors sowie dessen Form und Beschaffenheit von Wichtigkeit.

Bei sicherer Diagnose und gutartigem Krankheitsbilde kommt als Behandlung eine energische Wurmkur mit Santonin oder besser Oleum Chenopodii in Betracht. Sich selbst überlassen, endet der Wurmileus fast immer letal. Bei der jedoch meist unsicheren Diagnose,

oder wenn die medikamentöse Therapie versagt, sowie bei von vornherein akutem Verlaufe ist unbedingt rasche Laparotomie angezeigt (manuelle Zerteilung des Konvolutes oder zweckmäßige Entleerung durch kleine Darminzision, sorgfältige Darmnaht, Nachbehandlung mit Anthelmintizis).

	geheilt	gestorben
Ausschließlich intern behandelte Fälle . .	10	24
Laparotomierte Fälle	19	4

Autoreferat.

Urogenitalsystem.

Joh. v. Bokay und **K. Buday.** *Über die Pathogenese der Coli-Pyelozystitis und Coli-Pyelonephritis des Säuglingsalters.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXIX, S. 1.)

Eingehender Bericht über den Befund bei Leichenöffnung eines 8 Monate alten, an Pyelonephritis verstorbenen Mädchens. Harnblase, Harnleiter und Nierenkelche waren wenig verändert, stark betroffen dagegen die Nieren, besonders die Rindengegend. Hier fanden sich regellos zerstreute nadelstich- bis hanfkorngroße Abszesse, die sich auf der Schnittfläche streifenartig in die Pyramidenschicht fortsetzten. Mikroskopisch sah man an derartigen Bezirken Vermehrung des Zwischengewebes, Schrumpfung der Harnkanälchen bei erhaltenen Glomerulis. In den Harnkanälchen waren außer hyalinen Zylindern auch solche aus weißen Blutkörperchen zu erkennen. Ebenso fanden sich in den Sammelkanälchen zahlreiche absterbende weiße Blutkörperchen. Der hohe Gehalt des Harns an Eiterkörperchen, die Neigung der Abszesse der Nierenrinde zur Vernarbung, das Erhaltenbleiben der Glomeruli spricht nach Ansicht der Verff. für die Annahme einer aufsteigenden Erkrankung. In den Harnwegen kann zeitweilig eine Stauung durch Schwellung der Schleimhaut vorhanden gewesen sein, auch wenn sie anatomisch nicht mehr nachweisbar ist. Die aufsteigende Infektion muß deshalb vorläufig als mögliche Entstehungsweise der Pyelozystitis der Säuglinge angesehen werden, solange nicht die eingehende Untersuchung frischer Fälle das Gegenteil beweist.

H. Vogt.

Heinrich Bratke. *Die Behandlung der akuten diffusen Glomerulonephritis im Kindesalter mit Zuckerdiät.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXVIII, S. 268.)

Im Gegensatz zur reinen Milchdiät, die keineswegs eine vollkommene Schonung der Nieren gewährleistet, ist die Zuckerdiät, die v. Noorden in die Behandlung der Nierenkrankheiten eingeführt hat, eine weitgehende Entlastung der Nieren zu sichern geeignet. Sie ist angezeigt, wenn die klinischen Erscheinungen die Gefahr einer Urämie vermuten lassen oder die Untersuchung des Blutes eine Erhöhung des Gehaltes an Reststickstoff ergibt. Die

Zuckermenge soll so bemessen werden, daß etwa 50 Kalorien auf das Kilogramm Körpergewicht kommen, damit eine Einschmelzung von Körpereiweiß möglichst vermieden wird. Die Flüssigkeitszufuhr soll dabei etwa ¾—1 Liter betragen. Nach zwei Zuckertagen kann meist zu einer vorsichtigen gemischten Kost mit etwa 1 g Stickstoff übergegangen werden. H. Vogt.

J. C. Schippers und **Cornelia de Lange.** *Über die „spezifische Diurese" Pollitzers als Methode zur Funktionsprüfung der Nieren im Kindesalter.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXIX, S. 11—29.)

In der Hoffnung, auf diesem Wege zur Aufklärung der Fälle von Albuminurie unsicherer Entstehungsart beitragen zu können, haben die Verfasser bei einer größeren Zahl von Kindern, die teils nierengesund waren, teils an Albuminurie und teils an Nephritis litten, das von Pollitzer angegebene Verfahren zur Prüfung der Nierenleistung durchgeführt. Dabei zeigte sich, daß im Verhalten der Harnmenge, des spezifischen Gewichtes, der Kochsalz-, Stickstoff- und Phosphorsäureausscheidung unter den gewählten Bedingungen sich wohl gewisse allgemeine Richtlinien erkennen lassen, daß aber ebenso bei Nierengesunden wie bei denen mit Albuminurie so zahlreiche Abweichungen zu verzeichnen sind, daß dies Verfahren Pollitzers nicht geeignet ist, Funktionsstörungen der Nieren leichteren Grades nachzuweisen. Orthostatische Oligurie, Stickstoff- und Kochsalzretention sind zwar keine regelmäßige, aber doch eine „physiologische" Reaktion, also jedenfalls nicht kennzeichnend für die orthostatische Albuminurie. H. Vogt.

Erkrankungen des Zentralnervensystems.

E. Hermann. *Über die sogenannte Flexibilitas cerea im Kindesalter.* (Monatsschr. f. Kinderheilk., Bd. XVI, 1919.)

Die Verf. gibt zunächst eine kurze Literaturübersicht, aus der die ganz verschiedene Deutung, die die interessante Erscheinung der sogenannten Flexibilitas cerea im Kindesalter durch die einzelnen Autoren erfuhr, ersichtlich ist. Deutsche Autoren halten sie für pathologisch, während französische Autoren, die sie unter dem Namen des „Ermüdungswiderstandes" beschrieben haben, diesen Ermüdungswiderstand zusammen mit einem besonderen neuromuskulären Zustande, der sich in lebhaften Patellarreflexen und positivem Babinski äußert, für das Alter von etwa 1½—2½ Jahren als normal ansehen. Die Resultate ihrer Untersuchungen an 60 Kindern lassen die Verf. einen Zusammenhang zwischen dem psychischen Symptom des Ermüdungswiderstandes und den neuromuskulären Symptomen ablehnen. Die Art, in der die Kinder auf die Prüfung des Ermüdungswiderstandes, die durch Hochheben der Arme beziehungsweise der Beine geschah, reagierten, war verschieden nach Alter und Temperament. Ein wirklicher Ermüdungswiderstand,

d. h. das Halten der Extremität in der gegebenen Stellung ohne Zeichen wesentlicher Ermüdung für längere Zeit, fand sich nur in 5 Fällen. Doch war dieser Zustand nicht identisch mit der Flexibilitas cerea im strengen Sinne, wie sie sich bei den psychomotorischen Bewegungsstörungen der Erwachsenen findet.

Als Ursache für den Ermüdungswiderstand sieht die Verf. eine Suggestivwirkung an; für diese Auffassung sprechen auch das sonstige Verhalten der Kinder sowie ihre Vorgeschichten, die verschiedene die Suggestibilität begünstigende Momente aufweisen.

Autoreferat.

Zadek. *Über positiven Wassermann im Liquor bei nicht luischer Meningitis.* (A. d. Krankenhause Neu-Kölln.) (Münchener med. Wochenschr., 1918, Nr. 51.)

Mitteilung von 5 Fällen (3 epidemische Genickstarre, 1 tuberkulöse, 1 eitrige [Pneumokokken] Meningitis), bei denen der Liquor eine positive Wassermannsche Reaktion zeigte, obwohl der Wassermann im Blute negativ war und anamnestisch sowohl wie autoptisch Lues ausgeschlossen werden konnte. F. Sachs (Leipzig).

Lade. *Pachymeningitis haemorrhagica (Hygroma durae matris) kompliziert mit diffuser Sklerose.* (Monatsschr. f. Kinderheilk., XV, 290.)

Bei einem an ausgebreiteter Tuberkulose zugrunde gegangenen vierjährigen Knaben mit mannigfaltigen Anzeichen einer Erkrankung des Zentralnervensystems wurde in vivo die Diagnose auf Kleinhirnaffektion, Hydrocephalus internus unter Erwägung der Heubnerschen diffusen Sklerose gestellt. Die Sektion ergab neben anderen Veränderungen Pachymeningitis haemorrhagica interna hauptsächlich der rechten mittleren und hinteren Schädelgrube, ein großes rechtsseitiges Hygrom der Dura mater, maximale Kompression des Kleinhirns, diffuse Sklerose des Gehirns und Rückenmarks, Hydrocephalus externus und internus, chronische Leptomeningitis und Ependymitis granularis. Bemerkenswert ist außer dem Alter des Patienten die Schwere der Veränderungen, der langsame progrediente Verlauf, der Mangel an eindeutig auf die Pachymeningitis hinweisenden Symptomen sowie die Erscheinungen vom Kleinhirn aus.

Autoreferat.

Brouwer. *Meningoenzephalitis mit Reflexen von Magnus-de Kleyn.* (Ned. Tijdschr. v. Geneesk., 1917, Bd. II, S. 197.)

Wenn man bei der Katze das Gehirn bis zur Höhe der Corpora quadrigemina exstierpirt, dann tritt Steigerung des Muskeltonus an Rumpf und Extremitäten auf. Wird nun bei einem solchen Tiere der Stand des Kopfes geändert, dann tritt bei einer bestimmten Haltung des Kopfes nach Gesetzen, die von Magnus und de Kleyn festgestellt sind, immer eine dieser Haltung entsprechende Veränderung im Tonus der Muskeln der Extremitäten auf (Hals- und Labyrinthreflexe).

Brouwer war nun in der Lage, das Gehirn eines Kindes zu untersuchen, das im Alter von 13 Monaten unter Erscheinungen von Meningoenzephalitis gestorben war und bei welchem am vorletzten Tage des Lebens die Erscheinungen von Magnus und de Kleyn konstatiert wurden.

Bei der Sektion ergab sich u. a., daß durch die Meningoenzephalitis ein großer Teil des tieferen Markgewebes im Großhirn, den Pons und dem Kleinhirn zerstört und außer Funktion gestellt war.

Graanboom.

Otto Bossert. *Der traumatische Hydrozephalus.* (Jahrb. f. Kinderheilkunde, Bd. LXXXVIII, S. 452.)

Nach Sturz auf den Kopf wurde bei verschiedenen Kindern ein Krankheitsbild beobachtet, für das Verf. die Bezeichnung „traumatischer Hydrozephalus" vorschlägt. Die betreffenden Fälle erbrachen meist im Anschlusse an die Verletzung, hatten Kopfschmerzen, wurden schläfrig und teilnahmslos. Dazu kamen gelegentlich schwere Veränderungen des Augenhintergrundes im Sinne einer Neuroretinitis, selten Nackensteifigkeit oder das Kernigsche Zeichen und Spasmen, regelmäßig aber Drucksteigerung in der Zerebrospinalflüssigkeit. Da entzündliche Erscheinungen, wie vermehrter Eiweiß- und Zellgehalt, nicht zum Krankheitsbilde gehören, kann dies nicht zur serösen Meningitis zugerechnet werden. Die mitgeteilten Fälle gingen nach wiederholten Lumbalpunktionen sämtlich in Heilung aus.

H. Vogt.

van der Scheer. *Mehrere Fälle von Mongolenidiotie in derselben Familie.* (Ned. Tijdschr. v. Geneesk., 1919, Bd. I, S. 328.)

Die Fälle, wo bei derselben Familie sich mehrere Fälle von dieser Krankheit vorfinden, sind selten. So zeigte sich, daß von den 80 Familien, aus welchen in Holland Mitglieder in den verschiedenen Anstalten verpflegt wurden, nur zweimal bei derselben Familie mehrere Mitglieder an Mongolenidiotie litten.

Diese beiden Familien wurden durch van der Scheer näher betrachtet. Aus der Krankengeschichte geht folgendes hervor:

1. Familie E. 1. Kind, Mädchen, starb am 14. Lebenstage. 2. Mädchen, prämatur geboren. 3. Knabe, gesund. 4. Knabe mit Mongolenidiotie. 5. Mädchen mit Mongolenidiotie. 6. Mädchen mit Mongolenidiotie. 7. Knabe, gesund. 8. Totgeborenes Kind.

Von den 8 Geburten also 3 Mongolenidioten und 2 gesunde Kinder. Die Mutter war skrofulös, hatte keine Syphilis.

2. Familie M. besteht aus 5 Kindern. Die 2 erstgeborenen sind mongolenidiotische Mädchen; die 3 nachher geborenen sind normal entwickelte, gesunde Knaben. Der Vater gesund, mäßiger Trinker, keine Lues oder sonstige venerische Krankheit. Die Mutter vollkommen gesund.

Graanboom.

Stoffwechselkrankheiten.

Alois Epstein. *Über eine auffällige Häufung der Barlowschen Krankheit in den Kriegsjahren 1917—1918.* (Jahrb. f. Kinderheilkunde, Bd. LXXXVIII, S. 237.)

Während die Barlowsche Krankheit früher in Österreich zu den großen Seltenheiten gehörte, hat Epstein neuerdings ein gehäuftes Auftreten beobachtet. Er berichtet im ganzen über 11 Fälle, von denen 8 in seiner eigenen Anstalt entstanden waren. An der Hand der Literatur wie seiner eigenen Beobachtungen beschreibt er eingehend die klinischen Erscheinungen. In 4 Fällen sah er dem Ausbruch der Erkrankung eine Ruhr vorausgehen. Zahnfleischveränderungen kommen nach ihm auch am zahnlosen Kiefer vor, allerdings in geringerer Stärke. In 2 Fällen bestand eine Schwellung des Kniegelenkes an der Seite, wo der Oberschenkel erkrankt war; in einem dieser Fälle machte die Röntgenuntersuchung einen Erguß ins Gelenk wahrscheinlich (Verlagerung der Patellarsehne). In einem Falle blieb nach Ablauf der Barlowschen Krankheit an dem befallenen linken Bein ein Genu valgum zurück, ohne daß Rachitis bestand. Zur Ernährung der Kinder in der Anstalt stand nur Molkereimilch zu Gebote, die pasteurisiert war; außerdem fehlte es an frischen Gemüsen und an Obst. H. Vogt.

Wynhausen und **Elzas.** *Diabetes innocens.* (Ned. Tijdschr. v. Geneesk., 1918, Bd. I, S. 474.)

Für die Diagnose der früher renalen Diabetes, durch Salomon Diabetes innocens genannten Krankheit, ist die Bestimmung des Blutzuckergehaltes erforderlich, und zwar muß sich alsdann ergeben, daß 1. dieser Blutzuckergehalt nüchtern nicht erhöht ist und 2. daß dieser Gehalt nach dem Genuße von Kohlehydraten nicht bedeutend zunimmt. Es soll also eine alimentäre Hyperglykämie fehlen.

Durch Wynhausen und Elzas wurde nun bei mehreren Versuchspersonen, unter diesen zwei Kinder von 9 beziehungsweise 6 Jahren, der Blutzuckergehalt nach der Methode von Bang bestimmt. In jedem Falle wurde der Blutzuckergehalt im nüchternen Zustande bestimmt und unmittelbar danach wurde ein Probefrühstück, bestehend aus 150 g gebuttertem Weißbrot mit Tee ohne Zucker oder Milch, verabreicht und 1½ Stunden nachher wurde von neuem der Blutzuckergehalt bestimmt.

Es ergab sich nun, daß bei normalen Personen der Gehalt im nüchternen Zustand zwischen 0·8 und 1·15‰ wechselte und nach dem Probefrühstück leicht anstieg, aber niemals höher wurde als 1·45‰. Bei Kranken, die selbst an sehr leichter Diabetes mellitus leiden, war die Steigerung immer über 2‰.

Wynhausen und Elzas rechnen nun zur Diabetes innocens nur die Fälle von Glykosurie, wo der Blutzuckergehalt sowohl im nüchternen Zustande als nach dem Probefrühstücke die genannten, für normale Personen geltenden Grenzen (1·5—1·7‰) nicht überschreitet. Graanboom.

Wachstumskrankheiten.

Ada Kötz. *Wachstumssteigerung einer Körperhälfte im Kindesalter.* (Monatsschr. f. Kinderheilk., Bd. XVI, 1919.)

Ich hatte kürzlich Gelegenheit, einen Fall von Dickenwachstumssteigerung einer Körperhälfte zu beobachten.

Es handelte sich um ein siebenjähriges Mädchen, dessen ganze rechte Körperhälfte ein krankhaft gesteigertes Dickenwachstum zeigte.

Die Anamnese ist ohne Besonderheiten, insbesondere lassen sich keine Wachstumsanomalien irgend eines Verwandten feststellen.

Gleich nach der Geburt des Kindes wurde eine Wachstumssteigerung der rechten Körperhälfte beobachtet, die jetzt noch besteht.

Das rechte Ohr, die rechte Gesichtshälfte, die rechte Thoraxhälfte, der rechte Arm und das rechte Bein sind bedeutend besser entwickelt als links. Am auffallendsten ist der Unterschied an den unteren Extremitäten.

Die Unterschenkelknochen sind rechts dicker als links, sonst bestehen keine Knochendifferenzen zwischen rechts und links. Die Haut des rechten Beines ist derb und erinnert an einen elephantiasisähnlichen Zustand.

Ein fast gleicher Fall ist nur noch beim Erwachsenen beschrieben, und zwar von Barilli. Ähnliche Fälle, wie z. B. gesteigertes Dickenwachstum einzelner Körperteile oder partieller Riesenwuchs oder elephantiasisähnliche Zustände sind häufiger.

Ätiologisch kommen Funktionsstörungen innersekretorischer Drüsen oder eine fehlerhafte kongenitale Anlage in Betracht. Vielleicht müßte man sich in diesem Falle entscheiden, eine stärkere halbseitige Entwicklung des Gefäßsystems anzunehmen, die eine bessere Ernährung und Entwicklung der rechten Seite zur Folge hätte.

Autoreferat.

Haut.

Konrad Bossard. *Die blassen Feuermale der Kinder. Naevi angiomatosi-Telangiektasien.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXVIII, S. 204.)

Bei fast 60 v. H. aller Neugeborenen finden sich blaßrote Flecken in der Nackengrube sowie im Gesicht im Bereich der inneren Ecke der Oberlider und der Gegend über der Nasenwurzel. Unter 330 Neugeborenen waren sie bei 165 am Hinterkopf, bei 120 im Gesicht vorhanden. Im Gesicht verschwinden sie meist im Verlauf der ersten zwei Lebensjahre, während sie am Hinterkopf bei einem Fünftel der Erwachsenen noch zugegen sind. Das weibliche Geschlecht ist etwas stärker befallen als das männliche und unterscheidet sich von diesem auch durch das viel zähere Festhalten der Nackentelangiektasien. Blonde Menschen sind sichtlich häufiger von diesen Telangiektasien befallen als brünette. Das hängt anscheinend mit stärkerer Neigung der germanischen Rasse zu ihnen zusammen. Die Entstehung der Telangiektasien wird verständlich, wenn man sie als eine Hemmungsbildung betrachtet, wobei die Rückbildung der ursprünglich weit angelegten oder durch Stauung überdehnten Hautgefäße ausgeblieben ist. H. Vogt.

Auge.

Joh. Ohm. *Zur Lehre vom Augenzittern.* (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXVIII, S. 397.)

Verf. berichtet über einige neue Fälle von kindlichem Nystagmus, für die er die Bezeichnung „Dunkelzittern der Kinder" vorschlägt. Dabei hebt er hervor, daß es Fälle von Pendelzittern bei Kindern gibt, die alle Erscheinungen des „Dunkelzitterns" aufweisen, bei denen aber Lichtmangel als Ursache nicht bestimmt nachzuweisen ist. Wenn man absieht von dem zerebralen Augenzittern (Großhirnrindennystagmus), das sich durch die größere Schnelligkeit der Zuckungen, das anfallweise Auftreten und die Verschlimmerung bei Naheinstellung der Augen auszeichnet, so sind alle Formen von Nystagmus, die bisher als angeboren, amblyopisch, juvenil beschrieben worden sind, vestibulärer Herkunft. Pendelzittern ist vom Ruckzittern, für das bisher allein die Auslösung im Labyrinth angenommen wurde, nur gradweise verschieden. Hauptursache des Augenzitterns ist der Lichtmangel; daneben spielt eine Übererregbarkeit des Labyrinths und ein herabgesetzter Lichtsinn eine Rolle und von äußeren Schädlichkeiten solche, die das Labyrinth reizen, wie Arbeiten in gebückter Haltung und Erschütterung des Körpers. Fehler des optischen Apparates stehen unter den Ursachen des Nystagmus nicht an erster Stelle; die Zahl der schschwachen Augen, die nicht zittern, ist größer als die derjenigen, die zittern. H. Vogt.

Bachhauer (Augsburg). *Ophthalmologische Beobachtungen aus den Volksschulen Augsburgs.* (Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, Abt. Der Schularzt, 15. Jahrg., Nr. 2.)

Im Anschluß an seine auch hier referierten ohrenärztlichen Beobachtungen stellt Verf. wertvolle Befunde ophthalmologischer Art zusammen. Innerhalb 5 Jahren fand er bei 30.559 untersuchten Kindern 846 Fälle von Krankheiten der Lider und der Bindehaut, 459 Fälle von Krankheiten der Hornhaut, 38 Fälle von Krankheiten der Uvea, 5 Fälle von Krankheiten des Sehnerven, 29 Fälle von Krankheiten der Linse, 834 Fälle von Refraktionsanomalien und 196 Fälle von Funktionsstörungen der Augenmuskeln. Von Interesse sind einige anthropologische Mitteilungen: Verf. fand ungefähr gleich viel blonde und brünette Kinder und in ungefähr 10% andeutungsweise die Mongolenfalte.

Von Einzelheiten ist zu berichten:

1. Bindehauterkrankungen. Beim Vorkommen auch nur eines Trachomfalles Untersuchung aller Schüler durch Ektropionierung der Lider nötig. Einmal fand Verf. ein Pterygium (am inneren Rande der Hornhaut mit der Spitze auf der Kornea ungefähr 3 mm vom Rande), seit dem 2. Lebensjahre bestehend im Anschlusse an langwierige Augenerkrankung. Bei einer Wiederimpfung entwickelten sich 3 Impfpusteln am oberen Lidrande, die ohne Folgen abheilten.

2. Akkommodationslähmung nach Diphtherie, 5 Fälle. Interessant auch gleiche Fälle nach Mumps und Influenza. Dauer bis zu 8 Wochen. Brille dann nötig, um lange Schulversäumnis zu vermeiden.

3. Schielfälle, zumeist Str. convergens (132 Fälle), meist mit Hyperopie verbunden.

4. Hornhauterkrankungen. Hauptsächlich skrofulöser Natur. Wichtig, daß häufig Kopfläuse kausal beteiligt sind.

5. Erkrankungen der Uvea selten. Unter anderen 2 Fälle von Aniridie bei Geschwistern mit vorderem Zentralkapselstar und horizontalem Nystagmus. Vater der Kinder, die in Blindenanstalt gebracht wurden, selbst mit schmalem Irissaum, früher wegen angeblichem Star operiert. Iriskolobom, fast alle doppelseitig, häufig mit Schwachsichtigkeit und hochgradiger Kurzsichtigkeit, Übersichtigkeit oder Astigmatismus verbunden.

6. Sehnervenerkrankungen. Einmal als Ursache Schädeltrauma, sonst ätiologisch unklar.

7. Erkrankungen der Linse. Totalkatarakte nur 8 unter 30.339 Kindern, 19 partielle, stationäre Katarakte. Hier Schichtstar an erster Stelle, von 10 Fällen 9 doppelseitig. Bei $^1/_4$—$^1/_6$ Sehschärfe operativer Eingriff nicht nötig. Viele Kinder mit Schichtstar leiden gleichzeitig an Kurzsichtigkeit. Schiefhalten des Kopfes beim Lesen läßt an Schichtstar denken. 7 Fälle von vorderem Zentralkapselstar, 2 Fälle von angeborener Subluxation der Linse.

8. Refraktionsanomalien. Verf. zieht die Heimannschen Sehprobentafeln vor (Nachahmung der Stellung der auf der Tafel befindlichen Hand, die nach dem Suellenschen Prinzip in verschiedener Größe vorhanden ist). Genaue Nachprüfung ist jedoch nötig. Myopie 378 Fälle = 1·24%. Häufig Erblichkeit! Hyperopie 260 Fälle = 0·85%. Fast wichtiger als diese der Astigmatismus: 0·64%. Für diese Fälle jedesmal Brille nötig. Bei Myopie nur wo Sehschärfe weniger als $^3/_5$.

Zum Schlusse macht Verf. mit Recht auf die nicht seltenen Sehstörungen bei Schulkindern (namentlich Mädchen! Ref.) aufmerksam, die jeder objektiven Grundlage entbehren. Im Gegensatz zum Verf., der geringe Anpassungsfähigkeit der kindlichen Psyche an die Anforderungen der Schule oder direkt intellektuelle Schwäche als Ursache vermutet, möchte ich auf hysterische Momente hinweisen. Thiele (Chemnitz).

Mund, Nase, Ohr, Kehlkopf.

Bachauer (Augsburg). *Fünf Jahre ohrenärztlicher Beobachtungen in den Volksschulen Augsburgs.* (Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, Abt. Der Schularzt, 1916, XIV. Jahrg., Nr. 5 ff.)

Aus seiner schulärztlichen Tätigkeit heraus bringt Verf. als Facharzt für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten wertvolles statistisches Material bei über seine Beobachtungen an 30.559 Schulkindern während 5 Jahren. Er fand bei 2599 Untersuchungen

(1319 Ohren- und 1620 Nasen- und Kehlkopfuntersuchungen) zunächst, daß gerade die Rhinoscopia posterior verhältnismäßig häufiger gelingt als man sonst annimmt (80—90% der Fälle). Von seinen Befunden sind zu erwähnen:

A. Hals-, Nasen- und Rachenerkrankungen.

1. Hypertrophie der Gaumenmandeln in 11% der Fälle.

2. Hypertrophie der Rachenmandel häufig mit der vor. vergesellschaftet. Nicht selten findet sich behinderte Nasenatmung ohne Vergrößerung der Rachenmandel. Dann meist chronisch-hypertrophischer Katarrh der Nase oder des Gaumens. Adenoide sollen nur dann operiert werden, wenn Stenoseerscheinungen da sind. Verf. beobachtete häufig ein Zurückgehen der objektiven und subjektiven Erscheinungen spontan, was ihm jeder große Reihen Schulkinder überwachende Schularzt bestätigen wird. Nur wenn in anderen Fällen gleichzeitig Mittelohrerkrankungen oder hartnäckige Bronchialkatarrhe daneben vorkommen, rät auch Verf. zur Operation. Wichtig ist diese, wenn es sich um Kinder mit skrophulösen Keratitiden und phlyktänulösen Konjunktivitiden handelt. Es handelt sich wohl um ein Fortschreiten der Rhinitis durch den Tränennasengang auf die Bindehaut.

3. Gaumenspalten 30 (= 0·09%) Fälle. Einzige Behandlung ist die chirurgische.

4. Ozäna. 6 Fälle (= 0·019%) außer 3 Fällen einfacher atrophischer Rhinitis. Danach ist die Stinknase — ein fürchterliches Kreuz für Mitschüler und Lehrer! — nicht so selten schon bei Schulkindern, während die allgemeine Ansicht dahin geht, daß sie erst in der Nachschulzeit sich ausbildet.

5. Difformitäten der Nasenscheidewand: 26·7%, davon 14·13% Deviationen und 12·58% Spinen und Leisten. Als Regel gilt, Kinder wegen dieser Difformitäten nicht zu operieren.

6. Kehlkopf- und Rachenerkrankungen. Auffällig viel (46 = 0·15%) Fälle von chronischer Heiserkeit, meist infolge chronischen Katarrhs, in einem Falle auch infolge Vokalisparese (diphtheritisch?). In 3 Fällen war die Heiserkeit durch Stimmlippenknötchen hervorgerufen bei vollkommen weißen Stimmbändern. Mißbrauch der Stimme oder Skrophulose (Moritz Schmidt) lag hier nicht vor. Lokale Behandlung hält Verf. für nicht nötig, aber auch er legt auf eine sachgemäße Schulung der Stimme in der Schule größten Wert. Erwähnenswert ist ein Fall von haselnußgroßer Kehlkopfzyste im linken Ligament. aryepigl.

7. Hereditäre Lues, 2 Fälle.

B. Ohrenerkrankungen. Diese erscheinen fast noch wichtiger als die bisher erwähnten, da sie die geistige Entwicklung des Individuums durch Schwerhörigkeit schwer beeinträchtigen (Bezold). Nach Bezold leidet jedes vierte Kind in der Schule an mehr oder weniger großer Schwerhörigkeit (25·8% besaßen weniger als ein Drittel der normalen Hörschärfe, davon 11·3% nur bis 4 m). Bei 41·7% noch immer Möglichkeit einer Erfolg versprechenden Behandlung.

1. Zeruminalansammlungen. 336 Fälle mit vollständiger Ausfüllung des Gehörganges.

2. Tuben- und Mittelohrkatarrhe. 235 (= 0·79%) Tuben- und 371 (= 1·21%) Mittelohrkatarrhe, wovon 161 (= 26·56%) mit Nasen-Rachenerkrankungen verbunden. Hier Prognose sicher günstiger als bei Erwachsenen.

3. Mittelohreiterungen. a) akute: 11 Fälle; b) chronische: 259 (= 19·63%) Fälle mit 10 Fällen mit Polypenbildung. In 34 Fällen (= 13·12%) doppelseitig. Bei 20 Fällen Adenoide als Ursache zweifellos sichergestellt.

4. Residuen einer Mittelohreiterung fanden sich 273 (= 20·7%) Fälle; im wesentlichen durch Hörstörungen zur Beobachtung gelangt. „Bei der Feststellung einer trockenen Perforation ist es Pflicht des Schularztes, das Kind vom Schulbade und vom Schwimmunterrichte zu befreien." Otosklerose fand Verf. niemals.

5. Nervenschwerhörigkeit. 13 Fälle ohne Zeichen äußerer Erkrankung mit positivem Rinne, verkürzter Knochenleitung.

6. Fremdkörper. 9 Fälle. Otalgie infolge von Zahnkaries sehr häufig. Verf. faßt seine lehrreichen Mitteilungen dahin zusammen, daß sie nicht über die Gesamtverbreitung der Ohren-, Nasen- und Kehlkopferkrankungen im Kindesalter, sondern über das Häufigkeitsverhältnis der einzelnen Krankheiten untereinander Aufschluß gibt. Thiele (Chemnitz).

Chirurgie.

L. Freiherr v. Lesser (Leipzig). *Zur Behandlung der Humerusfraktur der Neugeborenen.* (Münchener med. Wochenschr., 1918, Nr. 51.)

Verf. empfiehlt, den Arm in voller Supination mit der Streckseite auf eine von den Fingern bis zum Schultergelenk reichende Schiene zu lagern, dann in rechtwinkliger Abduktion vom Brustkasten den Arm auf der Schiene über den Bettrand zu lagern und das distale Bruchende durch einen Pflasterstreckverband zu extendieren. Gewicht höchstens ½ kg. F. Sachs (Leipzig).

Hygiene und soziale Medizin.

Georg Klatt. *Hygiene und Ethik.* (Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 30. Jahrg., Nr. 8/9.)

Der pädagogische Verf. weist in längeren, auch für den Arzt lesenswerten Ausführungen auf die enge Verbindung von Leib und Seele hin und deckt die Wege auf, auf denen Leibesübungen, Leibespflege, Seelenübungen, Seelenpflege eins werden und damit zur Grundlage der Erziehung überhaupt. Thiele (Chemnitz).

Heilmaier (Würzburg). *Über Säuglingshygiene mit besonderer Bezugnahme auf die Verhältnisse in Würzburg.* (Öffentl. Gesundheitspflege, I. Jahrg., 1916, S. 30.)

Erwähnung finden u. a. Stillstuben, in denen Kinder von Ammen gestillt wurden, Kriegsgründungen, die bald wieder eingingen. Bedauert wird das Fehlen einer Vorschrift über den Verkehr mit Kindermilch, „welche z. B. das den Kühen zu verabreichende Trockenfutter genau vorschreiben würde." Bezeichnend für den Kulturzustand der Bevölkerung ist der Verkauf von „Kindernährpatronen", Talgstücken gleichenden Pfropfen, die in den Schnuller gesteckt werden. Die Häufigkeit des Pflegewechsels bei den Haltekindern demonstriert die Angabe, daß z. B. 1913 von 167 Kindern, welche die Pflege wechselten, 41 weniger als einen Monat in derselben Pflege geblieben waren. Statt der ehrenamtlich tätigen Aufsichtsdamen werden besoldete Berufspflegerinnen verlangt. Hohlfeld (Leipzig).

Friedberger (Stuttgart). *Der Einfluß der Geburtenfolge auf die Sterblichkeit der Kinder.* (Öffentl. Gesundheitspflege, I. Jahrg., 1916, S. 505.)

Bei großer Kinderzahl haben die Letztgeborenen eine größere Sterblichkeit als die Erstgeborenen. Der Einfluß der Geburtenfolge ist aber nicht so groß, wie andere gefunden haben.

Hohlfeld (Leipzig).

Hohlfeld (Leipzig). *Die Gefahr der Infektionskrankheiten in der Krippe und ihre Bekämpfung.* (Öffentl. Gesundheitspflege, II. Jahrg., 1917, S. 433.)

Die Gefahr der Infektionskrankheiten ist in der Krippe besonders groß, weil die Art des Betriebes die Einschleppung begünstigt und die Sterblichkeit bei diesen Krankheiten im Krippenalter ungleich höher als später ist.

Die Bekämpfung ist in erster Linie eine Arztfrage, da es darauf ankommt, die Einschleppung zu verhüten und die eingeschleppten Fälle so zeitig wie möglich zu erkennen. Die Kinder sind vor der Aufnahme zu untersuchen und täglich in der Krippe zu besuchen. Ein geschultes Personal ist die notwendige Voraussetzung für den Erfolg der ärztlichen Aufsicht. In zweiter Linie steht die Raumfrage. Beschränkung der Aufnahmen, keine Überfüllung der Räume (Aufnahmezimmer!), Verteilung der Kinder auf zwei Stockwerke (nicht einfach der Zahl nach, sondern nach der Gefahr, die sie für die Krippe bedeuten), ausreichende Isolierräume. Sondermaßnahmen bei Diphtherie und Masern. Bei Diphtherie Feststellung und Entfernung der Bazillenträger, bei Masern Schluß der ganzen Anstalt oder der betroffenen Abteilung vom 8.—14. oder besser bis 17. Tage nach dem Auftreten des ersten Falles. Autoreferat.

Sommer (Gießen). *Die körperliche Erziehung der deutschen Studentenschaft.* (Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1916, XXIX. Jahrg., Nr. 9.)

Wertvolle und zielgebende Mitteilungen des Gießener Psychiaters: alle Leibesübungen haben eine gemeinsame psychische Grundlage, „indem es sich dabei um die Übung und Erziehung des Willenscharakters bei der Ausbildung körperlicher Leistungen handelt."

Verf. fordert möglichst genaue Messung der Einzelleistungen auf dem Turn- und Spielplatz. Die gesamtekörperliche Erziehung ist eine dringende nationale Pflicht geworden. Thiele (Chemnitz).

Albert Pietsch. *Der Keimgehalt der Schulluft mit besonderer Berücksichtigung der Dorfschulverhältnisse.* (Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1916, XXIX. Jahrg., Nr. 6.)

Wenn auch der Keimgehalt der Luft in keiner Weise einen Schluß auf ihre Beschaffenheit zuläßt, so sind immerhin diese mit staunenswertem Fleiß in einer Dorfschule bei Oranienburg vom Lehrer angestellten Versuche mit Petrischalen (Doerrs Fleischnähragar 3%) dafür bedeutungsvoll, welches Interesse für Schulhygiene bei vielen unserer Lehrer besteht. Es bestand kein wesentlicher Unterschied in der Menge der Keime zwischen Stadt- und Dorfschule. Auch die Flora war im allgemeinen die gleiche (Schizomyzeten überragen die Hyphomyzeten). Chorsprechen erhöht den Keimgehalt der Luft, der sowieso mit der Dauer des Unterrichtes wächst. Die Art der Reinigung ist von wesentlichem Einfluß auf den Keimgehalt. (Am Tage nach der Reinigung noch erhebliche Zahlen!) Die sogenannte Winterventilation (Jalousieklappen mit Öffnung nach Schornstein usw.) genügt in keiner Weise. Thiele (Chemnitz).

Gerhard Ströde. *Über den Nachweis organischer Lähmungsstoffe in verbrauchter Luft.* (Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 30. Jahrg., Nr. 1.)

Verf. berichtet über Versuche mit der von Weichardt angegebenen Reaktion der Katalysatorenbeeinflussung zur Feststellung der Menge der Weichardtschen „Lähmungsstoffe" in der Ausatmungsluft, deren sicheren Nachweis er unter Zuhilfenahme der CO_2-Absorption in Atemwässern erbringt. Das als Katalysator verwandte kolloidale Osmium erwies sich als völlig brauchbar. Es besteht demnach die Möglichkeit, mittels dieser Methode, der Lähmung der katalytischen Fähigkeit des Osmiums, Sauerstoff zu übertragen, die Luftbeschaffenheit bewohnter Räume, z. B. Schulzimmer, zu prüfen. Thiele (Chemnitz).

Erich Kloß. *Zur Frage der Beibehaltung der Sommerzeit.* (Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, Abt. Der Schularzt, 1916, XIV. Jahrg., Nr. 8.)

Verf. teilt auf Grund einer Umfrage mit, daß sich in den Augen der Lehrer die Sommerzeit in den Großstadtschulen gut, in den Landschulen nicht gut bewährt habe. Wesentlich zur Beurteilung der Frage ist ja die Tatsache, daß das Experiment unter den ungünstigsten äußeren Umständen abspielt, deshalb überhaupt kein experimentum crucis sein kann. Die Sommerzeit in der Großstadt ist für die Schule eine Frage des Schlafengehens und Schlafenkönnens der Großstadtschulkinder. Thiele (Chemnitz).

Langerhans (Leipzig). *Sommerzeit und Schulanfang.* (Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege. Abt. Der Schularzt, 1916, XIV. Jahrg., Nr. 10.)

Verf. tritt vom ärztlichen Standpunkt warm für die Beibehaltung der Sommerzeit und meiner Meinung nach nicht mit Recht,

aus wirtschaftlichen Gründen für Beibehaltung des frühen Schulanfanges (also 2 Stunden zeitiger als sonst) ein. Thiele (Chemnitz).

Ferd. Kemsies. *Der Tuberkulosefilm im Dienste der Schulgesundheitspflege.* (Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 30. Jahrg., Nr. 9.)

Mit Abbildungen versehener Hinweis auf den im Auftrage des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose geschaffenen „Tuberkulosefilm". Thiele (Chemnitz).

Marg. Weinberg. *Bemerkungen zur Gesundheitspflege der Jugend.* (Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1916, XXIX. Jahrg., Nr. 10.)

Verf. beklagt sich mit Recht an der Hand des Beispiels nach Lebensmitteln „anstehender" Kinder bitter über die Verständnislosigkeit und das mangelnde Verantwortungsgefühl Erwachsener gegenüber fremden Kindern. Thiele (Chemnitz).

Gertrud Buetz (Dessau). *Die Schulpflegerin als soziales Hilfsglied.* (Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1916, XXIX. Jahrg., Nr. 8.)

Aus der Schulschwester, der ausschließlichen Gehilfin des Schularztes, entwickelt sich die Schulpflegerin. So und nicht im Sinne der Verf. ist wohl die Frage der Fürsorgeschwester der Schulkinderpflege zu lösen. Die Schulpflegerin als Helferin des Arztes und des Lehrers und somit als Bindeglied zwischen Schule und Haus hat die Aufgabe, in körperlicher und geistiger (moralischer) Beziehung gefährdete oder schon minderwertige Kinder in ihrer Häuslichkeit zu erkunden und für ihre Betreuung und Fürsorge tätig zu sein. Verf. will ihr selbständige Verfügung über die Unterbringung in Heimen, Zulassung zu Schulspeisungen zugestehen. Wir bezweifeln, daß sich so eine segensreiche Tätigkeit entwickeln kann. Die Schule muß hier auf Grund der gutachtlichen Aussprache des Lehrers und des Arztes von sich die nötigen Anordnungen treffen, wenn die Maßnahmen einheitlich und sinnvoll und damit wirksam sein sollen. Die weiter von der Verf. für die Schulpflegerin gewünschte Bureauarbeit (Einrichtung einer Kartei) dürfte zweckmäßig an einer mehr zentralen Stelle (Jugendamt) zu leisten sein. Immerhin ist dem Wunsche der Verf. dringend Erfüllung zu wünschen, daß mehr Persönliches in die Sozialarbeit am Kinde hineingetragen werden möchte. Thiele (Chemnitz).

Leo Burgerstein (Wien). *Krankenschwester und Schulschwester.* (Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, Abt. Der Schularzt, 15. Jahrg., Nr. 12.)

Freiwillige Kriegskrankenschwestern werden für die Friedenszeit als geeignete Schulschwestern empfohlen. Thiele (Chemnitz).

Thiele (Chemnitz). *Die Leibesübungen der deutschen Jugend und der deutsche Reichsausschuß für Leibesübungen.* (Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, Abt. Der Schularzt, 15. Jahrg., Nr. 7.)

Verf. berichtet unter ausdrücklicher Betonung der erhöhten Anforderungen an die körperliche Leistungs- und Widerstandsfähigkeit der heranwachsenden Jugend, die uns die kommende schwere

Zeit stellt, über die Organisation und bisherige Leistung des deutschen Reichsausschusses für Leibesübungen in Berlin (Schadowstraße 8 NW). Er verlangt die Begründung einer wissenschaftlichen Forschungsstätte für Leibesübungen, die der Reichsausschuß in Aussicht stellt, und macht sich das Wort Karl Diems zu eigen: „Die Sache der Leibesübungen ist Sache des ganzen deutschen Volkes. Sie bedarf zu ihrer vollen Wirksamkeit auf das ganze Volk einer zusammenfassenden, einheitlichen Führung, einer werbekräftigen, gemeinsamen Vertretung." Der deutsche Reichsausschuß erscheint hierzu berufen.

Autoreferat.

R. Oxenius. (Frankfurt a. M.). *Über Erholungsfürsorge.* (Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, Abt. Der Schularzt, 15. Jahrg., Nr. 4.)

Der Verf. hebt besonders die dringend nötige Vereinheitlichung der sozialen und ärztlichen Jugendfürsorge in der Großstadt hervor. Als Arzt am städtischen Jugendamte zu Frankfurt bringt er praktische Hinweise für eine zweckmäßige Erholungsfürsorge.

Thiele (Chemnitz).

Marg. Weinberg. *Unsere Stadtkinder auf dem Lande.* (Zeitschrift f. Schulgesundheitspflege, 30. Jahrg., Nr. 12.)

Kurze Übersicht über das Geleistete im Jahre 1917.

Thiele (Chemnitz).

Erich Kloss. *Landaufenthalt für Stadtkinder.* (Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 30. Jahrg., Nr. 4.)

Verf. berichtet über seine praktischen Erfahrungen in dieser so segensreichen Kriegswohlfahrtsarbeit. Thiele (Chemnitz).

Schule.

Erich Kloss. *Die Beobachtung im menschenkundlichen Unterricht.* (Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 30. Jahrg., Nr. 4/5.)

An einem Unterrichtsbeispiel nach Seyfert, Menschenkunde und Gesundheitslehre, bringt Verf. einen auch dem Arzte interessanten Beitrag zur praktischen Pädagogik. Thiele (Chemnitz).

Gertrud Buetz (Dessau). *Die orthopädische Schulkinderfürsorge.* (Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, Abt. Der Schularzt, 1916, XIV. Jahrg., Nr. 11.)

Eindringliches Mahnwort für eine ordnungsmäßig geleitete Körperkultur des Kindes. Thiele (Chemnitz).

Karl C. Rothe (Wien). *Die Fürsorge der Schule für sprachkranke Kinder.* (Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, Abt. Der Schularzt, 15. Jahrg., Nr. 10/11.)

Der österreichische Vorkämpfer für Hebung der Sprachkultur bricht auf Grund reicher eigener Erfahrung eine Lanze für die Einrichtung von Sonderklassen für sprachkranke Kinder, deren Zahl er in der Großstadt höher anschlägt als sie gemeiniglich angenommen

wird. Er will nicht allein Stotterer, sondern alle Sprachstörungen erfaßt wissen. Thiele (Chemnitz).

Oberlehrer **Sessler** und Schularzt **Dr. Homburger** (Karlsruhe). *Die Schulkinder während des Krieges und die Kriegsernährung 1916/17.* (Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, Abt. Der Schularzt, 15. Jahrg., Nr. 8/9.)

Durch Mitteilung zahlreicher Einzelheiten interessante Darlegung über die gesundheitlichen Verhältnisse der Karlsruher Kinder (im wesentlichen aus Mädchenschulen), die die überall beobachtete Tatsache beweist, daß bis Frühjahr 1917 eine wesentliche Verschlechterung nicht eingetreten ist. Thiele (Chemnitz).

Thiele (Chemnitz). *Zur Beurteilung der schulärztlichen Tätigkeit.* (Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, Abt. Der Schularzt, 15. Jahrg., Nr. 1.)

Verf. verwahrt sich gegen das Wort Czernys gelegentlich einer Verhandlung über die „Aufgaben der Sexualpädagogik" (Verlag B. S. Teubner, 1916): „Eine solche (d. h. sexuell-ethische) Erziehung vom Schularzte zu erwarten, ist verfehlt. Die Schulärzte sind meist junge Ärzte, welche ihre Aufgabe schlecht und recht erfüllen ....." Autoreferat.

Axmann (Erfurt). *16 Jahre schulärztlicher Statistik.* (Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, Abt. Der Schularzt, 1916, XIV. Jahrg., Nr. 12.)

Verf. gibt einen lehrreichen Rückblick auf die bisherige schulärztliche Tätigkeit in Erfurt (1915: 12 Volksschulen mit rund 12.000 Kindern). Thiele (Chemnitz).

Leo Burgerstein (Wien). *Erhebungen über die Verbreitung des Schularztwesens in Österreich.* (Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, Abt. Der Schularzt, 1916, XIV. Jahrg., Nr. 2.)

Der Verf. berichtet über das Ergebnis einer vor dem Kriege in Österreich veranlaßten Umfrage der Österreichischen Gesellschaft für Schulhygiene. Thiele (Chemnitz).

Haag (Heilbronn). Schulärztliche Erfahrungen in den Kriegsjahren 1916—1917. (Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, Abt. Der Schularzt, 15. Jahrg., Nr. 5.)

Auf die Frage: Genügt die Kriegskost für die Ernährung der heranwachsenden Jugend? hat Verf. auf Grund seiner Beobachtungen in Heilbronn und Neckarsulm noch ein „siegesfrohes Ja!" Auch die Sommerzeit hat nicht geschadet, vielleicht die vermehrte körperliche Arbeit. Thiele (Chemnitz).

F. Steinhaus (Dortmund). *Ärztliche Erfahrungen an den Schulkindergärten der städtischen Volksschule zu Dortmund.* (Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, Abt. Der Schularzt, 1916, XIV. Jahrg., Nr. 3.)

Der seitdem (1918) leider zu früh seinem Berufe zum Opfer gefallene bewährte und tüchtige Dortmunder Stadtschularzt bringt nächst F. A. Schmidt (Bonn), der 1911 über die Bonner Schulkindergärten berichtete, Mitteilungen über die ärztlichen Er-

fahrungen in einem solchen „der Sammlung von zurückgesetzten Lernanfängern" bestimmten Kindergarten. Verf. rechnet auf durchschnittlich 6% der alljährlich schulpflichtig werdenden Kinder, die noch nicht schulreif sind und deshalb zu ihrem eigenen Besten der Aufnahme in einem von einer Lehrerin geleiteten Schulkindergarten bedürfen. Spiel und Handfertigkeit, Spaziergänge und Milchfrühstück förderten Körper und Geist der erheblich unterentwickelten Kinder so, daß sie fast alle nach Jahresfrist der Normalschule zugewiesen werden konnten. Bekanntlich wurde 1902 der erste Schulkindergarten in Charlottenburg (Stadtschulrat H. Neufert), 1910 ein gleicher in Bonn eröffnet. Die jetzige Zeit der Einführung der Einheitsschule erfordert die Schaffung solcher Einrichtungen ganz besonders, um den durch innere oder äußere Verhältnisse noch schulunreif gebliebenen schulpflichtigen Kindern Gerechtigkeit widerfahren zu lassen. Thiele (Chemnitz).

Herford (Görlitz). *Das Zusammenwirken von Kinderhort und Schule vom Standpunkte des Schularztes und der Schulpflege.* (Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 30. Jahrg., Nr. 10/11.)

Verf. hebt die auffällige Tatsache hervor, daß der Schularzt sich noch verhältnismäßig wenig oder gar nicht mit den Schulkinderhorten befaßt hat. Er fordert die Anstellung von Schulpflegerinnen als das wertvollste Bindeglied zwischen Schule, Schularzt und Haus beziehungsweise Hort und führt anschaulich in das reiche Arbeitsgebiet, das sich hier auftut, ein. Thiele (Chemnitz).

G. Buetz-Dessau. *Der Einfluß der Schulen auf die gewerbliche Kinderarbeit.* (Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 30. Jahrg., Nr. 6.)

Unter kritischen Bemerkungen über das jetzt geltende Kinderschutzgesetz fordert Verf. die Schule auf, noch mehr wie bisher die Kontrolle über die verbreitete gewerbliche Kinderarbeit im Interesse einer gesunden Bevölkerungspolitik durchzuführen. Thiele (Chemnitz).

Theodor Altschul (Prag) und **Hugo Heller.** *Jugendfürsorge und Lehrerschaft.* (Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1916, Jahrg. XXIX, Nr. 1 ff.)

In einer Reihe von vor Lehrern gehaltenen Vorträgen stellen die bekannten Verff. das Ganze der Jugendfürsorge vom Standpunkte des Arztes und Lehrers zusammen. Aus der umfänglichen, im wesentlichen das Altbekannte übersichtlich ordnenden Arbeit sei das Schlußwort vermerkt, weil es auf den Punkt die nächste Wahrheit aller notwendigen Erziehungsarbeit sagt: „Die moderne Zeit braucht Kraftmenschen an Körper und Geist, wir müssen daher die Jugend in strammer Arbeit erziehen und nicht aus lauter Furcht vor Ermüdung ihr gar keine Kraftproben zumuten. Ein gesunder Körper, ein gesunder Geist kann arbeiten und soll arbeiten, und wenn wir unsere Jugend zu Arbeitsmenschen erziehen, dann nützen wir dem Vaterlande, dann nützen wir dem Volke — und der Jugend auch." Thiele (Chemnitz).

F. Kemsies. *Weidmannslust. Deutsche Schulfürsorge und Schulhygiene im Osten.* (Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1916, XXIX. Jahrg., Nr. 7 ff.)

Eine Fülle von Material aus dem ganzen Gebiete der Schulhygiene verwertend, bringt Verf. eine große Reihe von schulgesundheitlichen Wünschen, Forderungen und Anregungen für den deutschen Osten vor, die nach der heutigen Entwicklung der Dinge leider wohl unerfüllt bleiben müssen. Der praktische Schulhygieniker erhofft dafür Erfüllung für den deutsch verbleibenden Anteil am einstmaligen Reiche. In diesem Sinne ist die fleißige Arbeit noch jetzt lesenswert. Thiele (Chemnitz).

Wimmenauer (Mannheim). *Die Erziehung der Jugend zur Wehrtüchtigkeit.* (Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1916, XXIX. Jahrg., Nr. 5.)

Verf. knüpft an Mitteilungen von Thiele (Chemnitz) über „Ärztliche Beobachtungen an Teilnehmern eines Armeegepäckmarsches" (Deutsche med. Wochenschr., 1915, Nr. 48), die er kritisch beleuchtet, grundsätzliche Auseinandersetzungen über den Wert von „militärisch gerichteten" Leibesübungen. Er lehnt solche Unternehmungen, „die über den Rahmen der hergebrachten und erprobten Turn- und Spielübungen, bei denen sich die körperliche Leistungsfähigkeit ganz zwanglos von selbst begrenzt, hinausgehen", grundsätzlich ab. Militärische Kenntnisse und Übungen sind der Schule fernzuhalten. Damit weist er entschieden die von pädagogischer Seite (Kemsies) gewünschte Militarisierung der Leibesübungen zurück. Ausbau der allgemeinen sozialen Hygiene, der Wohnungs- und Schulhygiene, schulgemäße körperliche Ausbildung (Ausbau der bewährten deutsch-nationalen Formen der körperlichen Jugenderziehung) sind die Forderungen der Zeit. Thiele (Chemnitz).

Thiele (Chemnitz). *Die Erziehung der Jugend zur Wehrtüchtigkeit.* Zu Wimmenauers Abhandlung (siehe oben). (Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1916, XXIX. Jahrg., Nr. 8.)

Verf. setzt sich mit Wimmenauers hier referierten Darlegungen in dem Sinne auseinander, daß von einer „Militarisierung" der Schulleibesübungen in alle Wege keine Rede sein könne. Er fordert jedoch turnphysiologische Untersuchungen, um die „Grenzen der normalen Leistungsfähigkeit" im Jugendalter festzustellen, an denen es bisher noch fehlt. In diesem Sinne stellt er sich auf den Standpunkt des großen Pädagogen Herbart: „Knaben müssen gewagt werden, um Männer zu erzielen!" Die Ärzte, insbesondere die Schulärzte, müssen sich vielmehr wie bisher mit dieser Unterrichtsfrage beschäftigen, um so mehr, als die Neuregelung der Leibesübungen insbesondere an den Fortbildungsschulen im Werke ist. Autoreferat.

Friedrich Lorentz. *Schulen und Volkskraft.* (Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 30. Jahrg., Nr. 12.)

Verf. macht eingehende Vorschläge zu einem nationalen Ausbau der Schulgesundheitspflege. Thiele (Chemnitz).

Berichte.

Niederländischer Verein für Kinderheilkunde.

(Ned. Tijdschr. v. Geneesk., 1917, Bd. I, S. 1846.)

I. **de Bruin.**

a) Demonstration eines 12jährigen Mädchens mit *Lipodystrophia progressiva.*

b) Bericht über zwei Fälle von *Hirschsprungscher Krankheit* mit Radiogramm. In beiden Fällen fehlte die Konstipation. Der Stuhl war, im Gegenteil, stets normal.

c) Bericht mit Photos über einen Fall von *Mongolismus* bei einem 3jährigen Kinde, dessen Mutter an *Myxödem* litt.

d) Demonstration eines 3jährigen Knaben mit sehr ausgesprochenem *emphysematösem Thorax* und chronischer Bronchitis.

e) Demonstration eines $1^1/_2$jährigen *rachitischen* Kindes, dessen *metakarpale* und *metatarsale* Knochen, auch im Röntgenbild, die charakteristischen rachitischen Verkrümmungen zeigen.

f) Bericht über einen Fall von *Hernia diaphragmatica Spuria dextra congenita* mit Demonstration der bezüglichen Organe. Das im Alter von $2^1/_2$ Wochen in die Klinik aufgenommene Kind, mit Spinca bifida occulta, war seit der Geburt i k t e r i s c h. Auf Grund der physikalisch-diagnostischen Erscheinungen wurde im Anfang die Diagnose auf Pneumothorax gestellt. Nach der Röntgenuntersuchung wurde aber eine Hernia diaphragmatica dextra diagnostiziert. Bei der Sektion ergab sich, daß der rechte Leberlappen, enenso wie die Gallenblase, in der rechten Thoraxhälfte gelagert war. Der rechte Leberlappen war nicht von einem aus Pleura oder Peritoneum bestehenden Bruchsack umgeben.

II. **ten Bokkel Huinink.** Demonstration eines Falles von *Myositis ossificas progressiva* bei einem 7jährigen Mädchen, das im Alter von $2^1/_2$ Jahren die ersten Krankheitserscheinungen darbot. Röntgenphotos verdeutlichen die Demonstration.

III. **Schippers.**

a) Demonstration eines Falles von *Progeria* (schon vorher referiert).

b) Demonstration eines Falles von *Myxoma intestinalis* bei einem $1^1/_2$jährigen Knaben. Die rechts vom Nabel gelagerte, gänseeigroße, sehr bewegliche, höckerige Geschwulst wurde exstirpiert. Nach einer Beobachtungszeit von 4 Jahren blieb das Kind völlig gesund.

c) Bericht über einen Fall von *Sarkom der retroperitonealen Lymphdrüsen.* Tod nach der Operation.

d) Bericht über einen Fall von *Nierengeschwulst* (Fibrosarkom) bei einem 1jährigen Kinde, das an Pneumonie, ohne Operation, starb.

e) Bericht über einen Fall von *chronischer hämorrhagischer Peritonitis* bei einem $2^1/_2$jährigen Kinde, das seit einem Jahre die Krankheitserscheinungen darbot. Nach einer Punktion verschwand die Flüssigkeit allmählich. Später entwickelte sich eine Zyste des Omentums.

f) Demonstration eines 16jährigen Mädchens mit *Infantilismus* und *Situs inversus totalis.*

IV. Stheeman berichtet über die *Bedeutung der spasmophilen Stigmata für die Lehre von der Konstitution* (schon früher referiert).

V. v. d. Kasteele berichtet über den *Verlauf* von zwei Fällen von *Tebris typhoidea bei Kindern.* Es ergibt sich, daß die Prognose, welche gewöhnlich für das Kindesalter als günstig betrachtet wird, doch mit großer Reserve gestellt werden soll. G r a a n b o o m.

Niederländischer Verein für Kinderheilkunde.

(Ned. Tijdschr. v. Geneesk., 1918, Bd. I, S. 317.)

I. **Sickenga.** *Über die Vergangenheit und die Zukunft der Pädiatrie.*

II. **Haverschmidt.** *Die Praxis und die Konstitutionslehre.*

III. **Huet.** *Die Perkussion der Wirbelsäule bei Tuberkulose der Bronchialdrüsen.* Bei einer Anzahl tuberkulös infizierter Kinder,

ohne Lungenabweichungen, wurde versucht, den Wert der Perkussion der Wirbelsäule für die Erkennung einer Vergrößerung der tracheobronchialen Lymphdrüsen zu bestimmen. Durch Vergleichung der dabei erhaltenen Resultate mit den betreffenden Röntgenphotos ergab sich, ebenso wie in den Fällen von Michailowicsz, daß keine Übereinstimmung besteht, so daß Huet der Meinung ist, daß für die Diagnostik der Bronchialdrüsentuberkulose die Perkussion der Wirbelsäule von untergeordneter Bedeutung ist.

IV. **van Dorp** berichtet über: *Die Tuberkulose im Kindesalter und der Alkohol.* Die Erfahrungen im Seehospiz, geleitet von Frau Dr. van Dorp, sind in Übereinstimmung mit den schon von anderen beschriebenen und beweisen, daß Alkoholmißbrauch der Eltern oder Großeltern die Empfindlichkeit für Tuberkulose erhöht.

V. **van de Kasteele.** *Die Bedeutung und das Wesen der v. Pirquetschen Reaktion.* Durch Kasteele wird in der letzten Zeit die intrakutane Methode (nach Mantoux) den älteren Methoden vorgezogen, weil sie den Vorteil bieten soll, daß das Quantum angewandten Tuberkulins genau zu bestimmen ist (von der Verdünnung $^1/_{100000}$ Alt-Tuberkulin Kochii wird 0·1 cm³ eingespritzt), und weil sie empfindlicher sei.

VI. **Gorter.** *Die akute Tuberkulose bei Kindern.* Bericht über drei Fälle von *Typhobazillose* (Landouzy), d. h. akute Tuberkulose, bei Kindern, verlaufend unter dem Bilde der Febris typhoidea. Die Kinder erkrankten ziemlich akut, hatten hohes Fieber, das mehrere Tage konstant blieb, wiederholt aber bedeutende Intermissionen zeigt und allmählich sank. Charakteristisch für das Leiden ist, daß an den allgemeinen Krankheitszustand sich ein lokal tuberkulöser Prozeß anschließt. Bei zwei dieser Kinder konnte durch die Röntgenaufnahme Vergrößerung der intrathorakalen Drüsen festgestellt werden.

VII. **Knapper.** *Eine Säuglingsfürsorgeorganisation in der Privatpraxis.*

VIII. **Plantenga.** *Über Serumbehandlung der Kolipyelitis der Säuglinge.* Schon früher hatte Plantenga bei verschiedenen Toxikosen des Darmes, beruhend auf Koliinfektion, ein polyvalentes Koliserum mit scheinbar günstigem Erfolge angewendet. Ausgehend von der Meinung, daß auch die Kolipyelitis der Säuglinge hämatogenen Ursprunges und Folge einer Koli- oder Parakoliinfektion sei, hat Plantenga nun auch bei diesem Leiden dasselbe polyvalente Serum versucht. Die Erfolge waren nicht so günstig als bei den Toxikosen des Darmes, wahrscheinlich darum, weil der größte Teil des eingespritzten Serums durch den Darm ausgeschieden wird, ohne den lokalen Prozeß in den Nieren erreicht zu haben. Nichtsdestoweniger soll diese Therapie die toxischen Erscheinungen der Kolipyelitis günstig beeinflußt haben.

IX. **Scheltema** berichtet über *angeborenen Pneumothorax.*

Graanboom.

Niederländischer Verein für Kinderkrankheiten.

(Ned. Tijdschr. v. Geneesk., 1918, Bd. I, S. 1325.)

I. **van Rossem.**

a) *Pylorospasmus bei Säuglingen.* Bericht über günstigen Erfolg chirurgischer Behandlung nach der Methode von Rammstedt, welche, wie bekannt, in der Spaltung von Serosa und Muskularis besteht, während die Schleimhaut unangerührt bleibt. Die Operation dauert kaum 5 Minuten; die Eingeweide traten nicht hervor. Von den 19 Operierten starben 5; bei den übrigen 14 war der Erfolg günstig.

b) *Über die Erfolge der chirurgischen Behandlung der Darminvagination bei Kindern.* Bericht über die chirurgischen Resultate bei 31 Kindern. Die Invagination bestand von 3 bis 8 Tagen, bevor die betreffenden Kinder zur Operation kamen. Von den 21 Operierten unter 1 Jahre alt heilten 10, starben 11. Bei den im ganzen 31 Ope-

rierten gelang nur in 18 Fällen die Desinvagination während der Operation. In den 13 übrigen Fällen mußte also reserziert werden.

II. **de Monchy.** *Über einige Infektionskrankheiten und über ihre Bekämpfung.* In Rotterdam bestehen Schulvorschriften nicht nur für die erkrankten Kinder, sondern auch für die gesunden Geschwister aus derselben Wohnung. de Monchy behauptet nun, daß diese Vorschriften in sehr vielen Fällen ohne jeden Erfolg bleiben und nebenbei sehr quälend sind. Gerade bei den leichteren Infektionskrankheiten, z. B. Mumps, Varizellen, Rubeola und Erythema infectiosa, waren die durch die gesunden Geschwister versäumten Lehrstunden übermäßig groß, so daß de Monchy die bestehenden Maßnahmen für die gesunden Geschwister aufgehoben sehen möchte. Er ist weiter der Meinung, daß die Gefahr der Infektion mit den genannten Infektionskrankheiten für die gesunden Kinder sehr gering ist und nicht bekämpft werden soll, weil diese Krankheiten im kindlichen Alter viel milder verlaufen als bei den Erwachsenen.

Über das Bestehen der vierten Krankheit (Dukes) läßt sich de Monchy sehr reserviert aus.

III. **de Bruin.**

a) *Eiweißmilch.* Im Gegensatz mit den Vorschriften von Finkelstein und Meyer, nach welchen die Eiweißmilch nicht zugleich mit Frauenmilch verabreicht werden soll und der Übergang von der Eiweißmilchernährung zu anderer Nahrung plötzlich und nicht allmählich geschehen soll, hat de Bruin in einigen Fällen, unter Vernachlässigung dieser Wünsche, niemals üble Erfolge gesehen. Diese waren, im Gegenteil, stets günstig.

b) *Brachydactylie.* Bericht über einen Fall bei einem 9jährigen, geistig zurückgebliebenen Knaben. Bei der Röntgenuntersuchung ergab sich, daß der vierte und fünfte Finger beider Hände zu kurz waren, weil sie nur aus zwei Phalangen bestanden.

c) *Osteochondritis und Periostitis syphilitica.* Bericht über einen Fall mit Demonstration von Röntgenphotos bei einem Knaben von vier Wochen mit Erscheinungen von Parots Pseudoparalyse sämtlicher Extremitäten.

d) *Pyopneumothorax.* Bericht über einen Fall bei einem 1jährigen Knaben mit Demonstration der Röntgenphotos.

IV. **Bouvé.**

a) Demonstration eines Präparates von *Darmresektion* nebst völlig *invertiertem Appendix.*

b) Bericht über einen Fall von *„Athetose double"* bei einem geistig nicht zurückgebliebenen Mädchen von 9 Jahren, bei welchem sich nach Operation (Förster s) der Spasmus der unteren Glieder so sehr verbesserte, daß das Kind nachher wieder zu laufen imstande war.

V. **Siegenbeek van Heukelom.**

a) Bericht über den *Verlauf einer Epidemie von Heine-Medinscher Krankheit* in Rotterdam während des Jahres 1917.

b) *Angioneurotisches Ödem, geheilt nach Abtreibung eines Askaris.* Bei einem dreijährigen Mädchen traten periodisch angioneurotische Ödeme auf, bis nach Abtreibung eines Askaris diese nicht mehr wiederkamen. Der ätiologische Zusammenhang war um so mehr wahrscheinlich, da ein Glyzerinextrakt, aus dem abgetriebenen Askaris bereitet, eine positive Hautreaktion (nach v. Pirquet) mit ödematöser Schwellung der umgebenden Haut ergab.

VI. **van der Hoeven.** Bericht über einen Fall von *Pankreaszyste* bei einem 9jährigen Knaben, entstanden nach einem Trauma.

VII. **Stheeman.** *Die intradermale Tuberkulinbehandlung.* Bericht über die Erfolge der intradermalen Tuberkulinbehandlung (nach Mantoux). Die Anwendung geschah nach der durch Jeanneret angegebenen Methode bei 8 klinisch beobachteten Kindern, die an Tuberkulose der inneren Organe litten, mit auffallend günstigem Erfolge.

Graanboom.

Verhandlungen der 15. Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Schulgesundheitspflege und der 7. Versammlung der Vereinigung der Schulärzte Deutschlands am 16. und 17. Februar 1917 in Berlin. (Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 30. Jahrg., Nr. 7.)

Der auch als Sonderabdruck erschienene Bericht enthält die stenographischen Niederschriften über die inhaltreiche Tagung. Wegen der Raumbeschränkung geben wir nur die Tagesordnung wieder.

I. Hauptversammlung des Deutschen Vereins für Schulgesundheitspflege: 1. Eröffnungsansprache des Vorsitzenden Geh. Obermedizinalrates Prof. H. Abel (Jena). 2. Die Einwirkung des Krieges auf die Gesundheit der Schuljugend. Berichterstatter: Stadtschulärzte DDr. Bachauer (Augsburg) und Thiele (Chemnitz). 3. Die Notwendigkeit der schulärztlichen Überwachung für die gesamte Jugend und ihre Ausgestaltung nach dem Kriege. Berichterstatter: Stadtarzt Prof. H. Gastpar (Stuttgart), Rektor Höhne (Berlin), Prof. Dr. phil. Roller (Darmstadt). Im Anschluß an die Aussprache über das erste Thema richtete der Vorstand an die Regierungen ein Schreiben, in dem er auf die geäußerten Bedenken hinwies und um Vorbeugungsmaßregeln ersuchte.

II. Versammlung der Vereinigung der Schulärzte Deutschlands: Mindestanforderungen an den schulärztlichen Dienst. Berichterstatter: Stadtschularzt Dr. Steinhaus (Dortmund).

Thiele (Chemnitz).

Besprechungen.

Walter Birk. *Leitfaden der Säuglingskrankheiten.* 3. Aufl. Bonn 1919. Marcus & Weber. Preis 9·—, geb. 11·— Mk.)

Die neue Auflage des ausgezeichneten Buches weist keine wesentlichen Änderungen auf. Keller.

Inhalt.

Pharmakologie und Toxikologie. **Stühmer.** *Salvarsan 57.* — **Bakteriologie.** **Küster** und **Wolff.** *Typhusbazillenträger 58.* — **Entwicklung und Sprache.** **Spielrein.** *Kindermessungen 58.* — **Carrie.** *Sprachgebrechliche Kinder 58.* — **Erziehung, Psychologie und Psychopathologie.** **Baege.** *Kinderforschung 59.* — **Sonnenberger.** *Sexualpädagogik 59.* — **Ernährung, Ernährungsstörungen, Ernährungstherapie.** **Tanaka.** *Eiweißanreicherung 59.* — **Kaupe. Stölzner. Klose.** *Hautverfärbung nach Mohrrübengenuß 60.* — **Lehfeldt. Oschmann.** *Kriegsernährung 60.* — **Milch.** **Gardlund.** *Kolostrum 61.* — **O. B. Meyer.** *Wirkung von Frauen- und Kuhmilch auf glatte Muskulatur 61.* — **Wachstum und Stoffwechsel.** **Katsch.** *Alkaptonurie 62.* — **Hirsch** und **Moro.** *Alimentäres Fieber 62.* — **Hasselbach.** *Azidotische Konstitution 63.* — **Elias.** *Säure und Nervenübererregbarkeit 63.* — **Friedberger.** *Artfremdes Eiweiß 64.* — **Fötus und Embryo.** **Zuntz.** *Ernährung in der Schwangerschaft 64.* — **Neugeborene.** **Isachsen.** *Physiologische Verhältnisse 65.* — **Benestad. Kirstein** *66.* — **Mayer.** *Gewichtsverhältnisse 67.* — **Hofmann. Maron.** *Kriegsneugeborene 67.* — **Weinberg.** *Minderwertigkeit der Erstgeborenen 68.* — **Lahm.**

Hydrops 68. — **Vogt.** *Röntgenuntersuchungen 68.* — **Moro.** *Das erste Trimenon 69.* — **Frühgeburt. Hoffmann.** *Frühgeborene Zwillinge 70.* — **Konstitution. Voorhoeve.** *Blaue Sklera 70.* — **Infektionskrankheiten. de Vries.** *Tetanus neonatorum 71.* — **Schotten.** *Gonorrhoe 71.* — **Welcker.** *Scharlach 71.* — **Snell. Feer** *72.* **v. Dellbrück. Hermann** *73.* **Bachauer. Anschütz** und **Kisskalt.** *Diphtherie 74.* — **Wolff-Eisner.** *Grippe 74.* — **Koch** *74.* **Ditthorn** und **Loewenthal.** *Ruhr 75.* — **Tuberkulose. Thiele.** *Tuberkulöse Kinder 75.* — **Hamburger.** *Tuberkulinreaktion 76.* — **Zirkulationsapparat. Assmann.** *Myxödemherz 76.* — **Respirationsorgane. Deussing.** *Anginen 76.* — **Gerhard.** *Empyeme 77.* — **Blut und blutbildende Organe. Schwenke.** *Schwere Anämien 77.* — **Schiff** und **Friedmann.** *Bluluntersuchung bei Scharlach 78.* — **Meyrich.** *Blutarmut und Krieg 78.* — **Rombach.** *Polycythaemia rubra 79.* — **Lymphatischer Apparat. Ochsenius.** *Lymphadenitis acuta 79.* — **Innere Sekretion. Schucany.** *Endogene Fettsucht 80.* — **Verdauungstraktus. Hamburger.** *Periodisches Erbrechen 80.* — **Drachter.** *Hypertrophische Pylorusstenose 81.* — **Bogdan.** *Koekalbrüche 81.* — **Drachter.** *Appendizitis 81.* — **Hoffmann.** *Askaridenileus 82.* — **Urogenitalsystem. Bokay** und **Buday.** *Kolipyelozystitis 83.* — **Bratke.** *Glomerulonephritis 83.* — **Schippers** und **de Lange.** *Funktionsprüfung 84.* — **Erkrankungen des Zentralnervensystems. Hermann.** *Flexibilitas cerea 84.* — **Zadek.** *Meningitis 85.* — **Lade.** *Pachymeningitis haemorrhagica 85.* — **Brouwer.** *Meningoenzephalitis 85.* — **Bossert.** *Traumatischer Hydrozephalus 86.* — **van der Scheer.** *Mongolenidiotie 86.* — **Stoffwechselkrankheiten. Epstein.** *Barlowsche Krankheit 87.* — **Wynhausen** und **Elzas.** *Diabetes innocens 87.* — **Wachstumskrankheiten. Kötz.** *Wachstumssteigerung einer Körperhälfte 88.* — **Haut. Bossard.** *Feuermale 88.* — **Auge. Ohm.** *Augenzittern 89.* — **Bachauer.** *Beobachtungen in Volksschulen 89.* — **Mund, Nase, Ohr, Kehlkopf. Bachauer.** *Beobachtungen in Volksschulen 90.* — **Chirurgie. v. Lesser.** *Humerusfraktur 92.* — **Hygiene und soziale Medizin. Klatt.** *Hygiene und Ethik 92.* — **Heilmaier.** *Säuglingshygiene 92.* — **Friedberger.** *Geburtenfolge 93.* — **Hohlfeld.** *Infektionskrankheiten in der Krippe 93.* — **Sommer.** *Erziehung der Studentenschaft 93.* — **Pietsch. Ströde.** *Schulluft 94.* — **Kloß. Langerhans.** *Sommerzeit 94.* — **Kemsies.** *Tuberkulosefilm 95.* — **Weinberg.** *Gesundheitspflege der Jugend 95.* — **Buetz.** *Schulpflegerin 95.* — **Burgerstein.** *Schulschwester 95.* — **Thiele.** *Leibesübungen 95.* — **Oxenius.** *Erholungsfürsorge 96.* — **Weinberg. Kloß.** *Stadtkinder auf dem Lande 96.* — **Schule. Kloß.** *Menschenkundlicher Unterricht 96.* — **Buetz.** *Orthopädische Fürsorge 96.* — **Bothe.** *Sprachkranke Kinder 96.* — **Sessler** und **Homburger.** *Einfluß des Krieges 97.* — **Thiele. Axmann. Burgerstein. Haag. Steinhaus.** *Schularzt 97.* — **Herford.** *Kinderhort und Schule 98.* — **Buetz.** *Gewerbliche Kinderarbeit 98.* — **Altschul** und **Heller.** *Jugendfürsorge und Lehrerschaft 98.* — **Kemsies.** *Schulfürsorge im Osten 99.* — **Wimmenauer. Thiele.** *Wehrtüchtigkeit 99.* — **Lorentz.** *Schule und Volkskraft 99.* — **Berichte.** *Niederländischer Verein für Kinderheilkunde 100.* — *Deutscher Verein für Schulgesundheitspflege 103.* — **Besprechungen. Birk.** *Leitfaden der Säuglingskrankheiten 103.*

Die Verfasser von einschlägigen Arbeiten werden gebeten, dieselben behufs lückenloser Berichterstattung der Redaktion durch Vermittlung der Verlagsbuchhandlung Franz Deuticke in Wien, I., Helferstorferstraße Nr. 4, zugehen zu lassen.

Adresse der Redaktion: Berlin, W. 50, Rankestraße Nr. 6.

Für die Redaktion verantwortlich: Josef Kaspar.
Druck von Rudolf M. Rohrer in Brünn.

MONATSSCHRIFT
für
KINDERHEILKUNDE
Herausgegeben von
Birk Tübingen | Czerny Berlin | Göppert Göttingen | Johannessen Kristiania | Klotz Lübeck | Knöpfelmacher Wien
Koplik New-York | Moro Heidelberg | Noeggerath Freiburg | Stolte Breslau | Thiemich Leipzig | Vogt Magdeburg | Wieland Basel
Redigiert von Arthur Keller-Berlin.

Verlag von Franz Deuticke in Leipzig und Wien.
Preis der „Referate", jährlich 2 Bände, pro Band (ca. 40 Bogen) Mk. 30.—.
Preis der „Originalien" (ca. 45—50 Bogen) jährlich Mk. 45.—.
Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Bd. XVI. **Referate.** Nr. 3/4.

Physiologie und allgemeine Pathologie.

B. Lipschütz. *Zur Ätiologie der Paravakzine.* (Wiener klin. Wochenschrift, 1918, Nr. 4, S. 93.)

Mikroskopische Untersuchungen der sogenannten „Vaccine rouge" der Franzosen oder Paravakzine (Pirquet) ergaben das Vorkommen von Einschlußkörpern (Chlamydozoen) in den veränderten Zellen des Rete Malpighi, und zwar sowohl im Protoplasma wie im Kern. Verf. faßt die Gebilde als Reaktionsprodukte der Zelle auf winzige Infektionserreger auf, die er, wie bei anderen Chlamydozoenkrankheiten als Strongyloplasmen bezeichnet. Vakzine und Paravakzine sind, wie schon Pirquet nach seinen klinischen Untersuchungen angenommen hat, als voneinander durchaus verschiedene Hautinfektionen aufzufassen, was auch das durchaus differente Verhalten zur Kaninchenkornea beweist. Reuß (Wien).

Pirquet. *Die traumatische Kutanreaktion.* (Zeitschr. f. d. ges. exper. Med., Bd. IV, 1916, S. 181.)

Der Verlauf der traumatischen Kutanreaktion, das ist der Reaktion der Haut nach oberflächlicher Bohrung mit dem sterilen Impfbohrer, ohne Zufügung einer toxischen Substanz, wurde genau untersucht. Die Reaktion erreicht innerhalb der ersten Minute ein erstes Maximum, das Erythem, dann bildet sich eine Quaddel, die sich mit einer Aula umgibt. Urtika und Aula verschmelzen dann zu einer Papel, die ungefähr eine halbe Stunde nach der Impfung den Höhepunkt ihrer Ausdehnung, das zweite Maximum der traumatischen Reaktion erreicht, eine Stunde nach der Impfung sich zu verkleinern beginnt und etwa zwei Stunden nach der Impfung kaum noch wahrzunehmen ist.

Die großen Variationen der Reaktion nach der Intensität der Bohrung, nach dem Alter und der Individualität der Versuchspersonen versprechen interessante Ergebnisse in physiologischer und pathologischer Hinsicht. Lehndorff (Wien).

Diagnostik.

Prof. F. Hamburger (Graz). *Der psychogene Kremasterreflex.* (A. d. Univ.-Kinderklinik.) (Münchener med. Wochenschr., 1919, Nr. 17.)

Bei manchen Individuen, besonders psychopatischen, läßt sich nach einmal ausgelöstem Kremasterreflex schon durch bloßes Annähern der Hand an die Hodengegend ein neuer Kremasterreflex hervorrufen. Nach Hamburger handelt es sich bei dem Phänomen um einen Bedingungsreflex. Bauchdecken-, Patellar- und Achillessehnenreflex ließen sich auf psychogenem Wege nicht erzeugen. Sachs (Leipzig).

R. Holitsch. *Röntgenbefunde bei tuberkulin-negativen Erwachsenen.* (Wiener klin. Wochenschr., 1918, Nr. 1, S. 15.)

Röntgenuntersuchungen bei 13 (nach Stichreaktion) sicher tuberkulosefreien Erwachsenen führten den Verf. zu dem bemerkenswerten Ergebnis, daß die Lungenaufnahmen fast in der Hälfte der Fälle solche Veränderungen zeigten, welche man sonst als Symptome von (beginnender) Lungentuberkulose zu deuten gewohnt ist. Es können sogar mehrere solcher Veränderungen auf einem Bilde sichtbar sein, ohne daß Tuberkulose vorhanden ist. Reuß (Wien).

W. Einthoven, P. Meerburg und **J. Endtz.** *Über Bindeelektroden nebst einigen Bemerkungen über das Kinderelektrokardiogramm.* (Wiener med. Wochenschr., 1916, Nr. 14, S. 509.)

Die Bindeelektrode wird in der Weise hergestellt, daß man um Hand und Unterarm beziehungsweise Fuß und Unterschenkel, eine in 20%ige NaCl-Lösung getränkte Flanellbinde wickelt, über diese 10—20 Windungen galvanisierten Eisendraht, darüber nochmals eine befeuchtete Binde und über das Ganze schließlich eine Kautschukbinde. Derartige Elektroden gestatten der Versuchsperson im Bett zu liegen und die Lage beliebig zu ändern, sind deshalb insbesondere auch für die Untersuchung von Säuglingen und Kindern empfehlenswert. — Mitteilung einiger bemerkenswerter Kinderelektrokardiogramme. Reuß (Wien).

Behandlung und Pflege.

H. Brunner und **G. Schwarz.** *Einfluß der Röntgenstrahlen auf das reifende Gehirn.* (Vorl. Mitt.) (Wiener klin. Wochenschr., 1918, Nr. 21, S. 587.)

Bestrahlungen des Schädels bei neugeborenen Hunden. Nach 10—14tägiger Latenzzeit Zurückbleiben im Wachstum, epileptiforme

Anfälle, Tod im Status epilepticus. Sektion: Hochgradige Hirnschwellung, Zeichen gesteigerten Hirndruckes, Blutung in den 4. Ventrikel. Reuß (Wien).

Pharmakologie und Toxikologie

v. Groër. *Eine einfache, auch am Menschen anwendbare Methode biologischer Wertbemessung gefäßverengender Mittel (besonders des Adrenalins).* (Zeitschr. f. d. ges. exper. Med., Bd. VII, 1919, S. 237.)

Auf Einspritzung kleiner Mengen entsprechender Lösung eines vasokonstriktorisch wirksamen Mittels (Adrenalin, Hypophysenextrakt) in die Haut eines passenden Versuchstieres und auch des Menschen tritt eine deutliche, meßbare, mehr oder minder intensive und anhaltende livide Erblassung ein. Diese Erscheinung kann zum Ausbau einer biologischen Auswertungsmethode vasokonstriktorisch wirksamer Substanzen verwendet werden. Die Methode ist einfach und harmlos; man kann den Wert einer Versuchslösung im Vergleich zur Wirkung einer bekannten Standardlösung leicht feststellen und andererseits Erfahrungen sammeln über die Empfindlichkeit von Versuchstieren gegenüber gefäßerregenden Mitteln.

Lehndorff (Wien).

Januschke. *Physikalisch-chemische Wirkungsbedingungen des Broms im Organismus und Schlußfolgerungen für die Therapie.* (Zeitschr. f. d. ges. exper. Med., Bd. VI, 1918, S. 16.)

Aus den zahlreichen interessanten Ergebnissen sei auf die für Klinik und Therapie der epileptischen Anfälle wichtigen hingewiesen. Die Heilwirkung des Broms beruht auf Wirkung von Bromionen und nicht auf Chlorverdrängung. Die Verabreichung äquivalenter Kochsalzmengen (0·5 Na Cl auf 1·0 NaBr.) bewährt sich als Mittel, um die als Bromismus bezeichnete Nervenlähmung zu verhüten. Bromkalzium leistet dasselbe wie Bromnatrium, die Erlenmayersche Mischung von Bromnatrium, -kalium und -ammonium ist nicht leistungsfähiger als äquivalente Mengen von Br Na. Bewährt hat sich die Zufuhr von 8 g Bromnatrium pro Tag bei kochsalzarmer Kost, am besten in isotonischer Konzentration, also in 2%iger Lösung oder als Salzzusatz zu den Speisen. Bei der Behandlung epileptiformer Krämpfe und anderer Reizvorgänge (wie Husten, Schmerzempfindungen) ist ein- bis zweistündliches Darreichen der Arzneikörper angezeigt, da hierdurch ein kontinuierlicher, langandauernder Arzneistrom erzeugt wird, der sogar bei geringerer Konzentration manchmal mehr leisten kann als ein höher konzentrierter, aber kurzdauernder oder unterbrochener Strom, wie er bei einmaliger oder selten wiederholter Arzneigabe entsteht.

Lehndorff (Wien).

Bakteriologie.

Wittmaack (Jena). *Studien an Diphtheriebazillenträgern.* (Beiträge zur Klinik der Infektionskrankheiten usw., Bd. IV, 1916, S. 179.)

Aus den Untersuchungen an 40 Diphtheriebazillenträgern ergibt sich, daß es neben den als Bazillendepot bekannten Tonsillen noch eine wichtige Prädilektionsstelle für Diphtheriebazillen gibt — die Nase. Chronische pathologische Prozesse im Nasenrachenraum, namentlich atrophische Rhinitiden mit abnorm weitem Cavum narium und trockenen atrophischen Schleimhäuten schaffen eine Disposition zur Haftung der Bazillen. Für die Therapie ergibt sich daraus die Forderung, bei Diphtheriebazillenträgern eine Behandlung der Nasenaffektion vorzunehmen, um das Erlöschen des Bakteriengehaltes im produzierten Sekrete zu erzielen. Lehndorff (Wien).

Spiegelberg. *Diphtheriebazillen beim Geflügel.* (Zentralbl. f. Bakteriol., Bd. LXXV, 1915, S. 273.)

Es wurden bei Tauben und Hühnern zweifellos für Menschen virulente Diphtheriebazillen nachgewiesen. Solche können auch bei anscheinend gesundem Geflügel vorkommen, was für die Übertragung und Ausbreitung von Diphtherieepidemien, namentlich auf dem Lande, von Bedeutung sein kann. Lehndorff (Wien).

Serologie und Immunitätslehre.

Tomarkin und **Suárez.** *Präzipitation und Thermopräzipitation bei Vakzine.* (Zeitschr. f. Immunitätsforsch., Bd. XXVI, 1917, S. 385.)

Im Blute geimpfter Menschen, vakzinierter Kühe und Kaninchen finden sich spezifische Präzipitine und der Nachweis derselben gelingt am sichersten mittels der Methode der Thermopräzipitation. Präzipitine treten ungefähr am zehnten Tage nach der Impfung auf und sind durch 2—4 Monate nachweisbar. Die Thermopräzipitation mittels eines hochwertigen Kaninchenvakzineimmunserums kann in zweifelhaften Fällen von Variola als differentialdiagnostisches Mittel benutzt werden. Lehndorff (Wien).

L. Unger. *Die vakzinale Immunität.* (Wiener klin. Wochenschr., 1915, Nr. 31, S. 828.)

Im Rahmen eines klinischen Vortrages werden Eintritt, Dauer und Zustandekommen der vakzinalen Schutzwirkung eingehend erörtert. Reuß (Wien).

Entwicklung und Sprache.

O. v. Hovorka. *Die Sprache und ihre Störungen bei schwachsinnigen Kindern.* (Wiener klin. Rundschau, 1918, Nr. 33/34, S. 179.)

Vortrag in der Österreichischen Gesellschaft für experimentelle Phonetik. Gute Übersicht. Reuß (Wien).

Ernährung, Ernährungsstörungen, Ernährungstherapie.

Prof. F. Hamburger (Graz). *Über die Verwertung der sauren Milch bei der Säuglingsernährung.* (A. d. Univ.-Kinderklinik.) (Münchener med. Wochenschr., 1919, Nr. 21.)

Um im Sommer sauer gewordene, beim Kochen in dicken Klumpen gerinnende Milch zur Säuglingsernährung benutzen zu können, schlägt Hamburger vor, diese Milch in Analogie zur Buttermilch zuerst mit Mehl oder Schleim und Zucker zu versetzen und dann zu kochen. Die Gerinnung geht dann in feinen Flocken vor sich und die so hergestellte Milch ist als Säuglingsnahrung gut verwendbar. Sachs (Leipzig).

Prof. H. Salomon (Wien). *Über Pseudoikterus nach Mohrrübengenuß.* (Bemerkungen zu den Arbeiten von Kaupe und Stoeltzner, ref. i. d. Münchener med. Wochenschr.) (Münchener med. Wochenschrift, 1919, Nr. 21.)

Der Pseudoikterus nach Mohrrübenfütterung entspricht der Xanthose der Erwachsenen. Der Farbstoff der Xanthose ist lipoider Natur und zeigt spektroskopisch große Ähnlichkeit mit dem Farbstoff der Karotten. Er ist wahrscheinlich auch identisch mit dem gelben Farbstoff (Lutein) des Serums. Sachs (Leipzig).

J. K. Friedjung. *Das Selbststillen und die Ärzte.* (Wiener klin. Wochenschrift, 1916, Nr. 29, S. 917.)

Es wird auf die betrübliche Tatsache hingewiesen, daß nicht nur von Laien und Hebammen, sondern vielfach auch von Ärzten aus den nichtigsten Gründen vom Stillen abgeraten wird. Verf. rät, einem besonderen Lehrer, und zwar am besten doch wohl einem Kinderarzt, einen speziellen Lehrauftrag zu erteilen, um die angehenden Ärzte über die Physiologie und Pathologie der Stillung zu unterrichten. Reuß (Wien).

C. Pirquet. *Ergebnisse der Kinderernährung nach einem neuen System.* (Wiener med. Wochenschr., 1918, Nr. 5, S. 217.)

Kurzer Überblick über die wesentlichen Prinzipien des bekannten Ernährungssystems und ihre praktische Anwendung (nach einem auf der Tagung der Waffenbrüderlichen Vereinigung am 24. Jänner 1918 in Berlin gehaltenen Vortrag). Reuß (Wien).

C. Pirquet. *Die Ernährung des Kindes während des Krieges.* (Wiener med. Wochenschr., 1915, Nr. 31, S. 1170.)

Der Zucker ist nicht nur im Säuglingsalter ein ausgezeichnetes Nahrungsmittel (½ Milch mit 17%iger Rohrzuckerlösung), sondern kann auch beim älteren Kind in Mengen von 150—200 g täglich als Zusatz (mit dem in den Nahrungsmitteln von vornherein vorhandenen Zucker bis zu 300 g) ohne irgend welche schädlichen Folgen gegeben werden. Es ist jedoch darauf zu achten, daß der Zucker zu den Mahlzeiten und nicht zwischen denselben gegeben wird, daß

man seine Menge allmählich, im Lauf einer Woche, auf das angegebene Maß steigert, und daß die gleichzeitig verabreichte Eiweißmenge relativ reichlich sein muß. Reuß (Wien).

Leo Pollak. *Die Entwicklung der Säuglinge während des Krieges.* (Wiener med. Wochenschr., 1918, Nr. 23, S. 1044.)

Verf. kommt auf Grund statistischer Berechnungen nach dem Material der Epsteinschen Klinik in Prag (durchschnittliche tägliche Zunahme, Sterblichkeitsprozent) zu dem Ergebnis, daß die Säuglinge während der Kriegsjahre (1914—1917) schlechter gediehen als in den vorangegangenen Friedensjahren, vermutlich hauptsächlich infolge der durch die Kriegsverhältnisse verursachten ungenügenden Ernährung der Mütter und die Schwierigkeiten bei der Beschaffung und Auswahl der Beikost. Reuß (Wien).

Milch.

St. Serkowski. *Schmutz, Eiter und Pepton in der Milch.* (Wiener klin. Wochenschr., 1916, Nr. 50, S. 1586.)

Besprechung der Methodik und des Wertes der Sediment-, Schmutz- und Eiterbestimmung in der Milch. Bei der sanitären Milchbeurteilung ist ein größeres Gewicht auf bakteriologische Untersuchungen zu legen und besonders bei Säuglingsmilch der Gehalt an Toxinen und Eiweißspaltungsprodukten zu berücksichtigen. Frische Milch enthält kein Pepton; letzteres fehlt aber auch bei völliger Gerinnung, wenn die Kaseinfällung durch normale Milchsäurebakterien veranlaßt wurde. In einer Milch, welche B. lactis aerogenes, Proteus vulgaris und besonders die Gruppe der Flüggeschen Sporenbildner enthält, ist Pepton schon vorhanden, ehe noch eine völlige Gerinnung stattfindet. Verf. konnte in schmutziger Marktmilch Pepton nachweisen und empfiehlt die Anstellung der Probe für die sanitäre Beurteilung der Milch. Reuß (Wien).

Wachstum und Stoffwechsel.

Prof. Eugen Schlesinger (Frankfurt a. M.). *Wachstum und Gewicht der Kinder und der heranwachsenden Jugend während des Krieges.* (Münchener med. Wochenschr., 1919, Nr. 24.)

Die interessante Arbeit eignet sich schlecht zum Referat und ist daher im Original nachzulesen. Sachs (Leipzig).

Johann Feigl. *Über das Vorkommen von Kreatinin und Kreatin im Blute bei Gesunden und Kranken. II. Beobachtungen bei Jugendlichen.* (Biochem. Zeitschr., Bd. LXXXIV, S. 264.)

Mit dem Alter nimmt das freie Blutkreatinin im Durchschnitt zu. Kinder bis zu 10 Jahren hatten in 84% der untersuchten Fälle

unter 1·2 mg Kreatinin in 100 cm³ Blut, Kinder von 10—15 Jahren in 66%, Erwachsene in 34%. Bemerkungen zur Methodik der Bestimmung des Blutkreatinins. Orgler.

A. Reuß und **M. Zarfl.** *Chronische Laktosurie bei einem darmgesunden, ausgetragenem, aber konstitutionell minderwertigem Brustkinde.* (Wiener med. Wochenschr., 1915, Nr. 22, S. 854.)

Durch Monate andauernde Milchzuckerausscheidung bei dem Kinde einer zwei Monate nach der Entbindung an Tuberkulose verstorbenen Mutter; Geburtsgewicht 2¼ kg; Ernährung mittels Amme. Es wird eine auf allgemeiner Organminderwertigkeit beruhende funktionelle Rückständigkeit des Darmes angenommen und mit der schweren Erkrankung der Mutter in Beziehung gebracht.

Reuß (Wien).

E. Lindner und **W. v. Moraczewski.** *Über Milchsäureausscheidung bei Meningitis cerebrospinalis mit Berücksichtigung des Mineralstoffwechsels.* (Wiener klin. Wochenschr., 1916, Nr. 31, S. 893.)

Milchsäurebestimmungen im Harn von zwei (erwachsenen) Meningitiskranken ergaben im Vergleich zu vier Kontrollfällen höhere Werte, was einen Zusammenhang zwischen Milchsäurebildung und Muskelschwund wahrscheinlich macht. Reuß (Wien).

van Loghem. *Bacterium (Proteus) anindologenes bei gesunden und kranken Säuglingen.* (Zentralbl. f. Bakteriol., Bd. LXXXII, 1919, S. 449.)

Innerhalb der Proteusgruppe ist von dem indolbildenden Bacterium vulgare eine nichtindolbildende Art zu trennen.

Proteusbazillen sind im Säuglingsdarm ein häufiger Befund, selten bei Brustkindern (3·6%), gewöhnlich bei Flaschenkindern (47%). Es wurde der interessante Befund erhoben, daß Bacterium vulgare bei gesunden und darmkranken Säuglingen aller Art im gleichen Prozentsatz (20—23%) nachweisbar ist; hingegen übersteigen die Anindologenesbefunde bei Sommerdiarrhöe (alimentärer Intoxikation) 50%. Ob dieses Bakterium bei Darmerkrankungen nur bessere Wachstumsbedingungen findet oder ob ihm pathogene Eigenschaften zukommen, ist noch nicht entschieden.

Lehndorff (Wien).

Gerty Raudnitz. *Das Vorkommen der Bergellschen Reaktion.* (Wiener klin. Wochenschr., 1916, Nr. 51, S. 1623.)

Nach Bergell soll das Kupferlösungsvermögen des Harnes von Kindern aus Diabetikerfamilien erhöht sein. Untersuchungen des Harnes von 67 Kindern und einigen Erwachsenen ergaben bei 6 Kindern aus Diabetikerfamilien nur zweimal höhere Werte. Hohe Werte fanden sich bei zwei dermatologischen Fällen. Die untersuchten einheimischen Christenkinder hatten im Durchschnitt etwas höhere Farbwerte als die jüdischen Flüchtlinge. Reuß (Wien).

Infektionskrankheiten und parasitäre Erkrankungen.

N. v. Jagic. *Die diagnostische Verwertung des Leukozytenbildes bei Infektionskrankheiten.* (Perles, Wien 1919.)

Zusammenstellung der mannigfachen Veränderungen des Blutbildes, wie sie im Verlaufe von Infektionen als Ausdruck der Beeinflussung der Blutbildungsstätten zustande kommen. Neue Befunde werden nicht mitgeteilt. Birk.

J. Zappert. *Über wiederholte Scharlacherkrankungen und Erythema scarlatiniforme desquamativum recidivans.* (Wiener klin. Wochenschr., 1916, Nr. 25, S. 795.)

Das von französischen Dermatologen zuerst beschriebene Krankheitsbild des „Erythema scarlatiniforme", dessen Symptomatologie eingehend erörtert wird, unterscheidet sich vom Scharlach lediglich durch das Mißverhältnis zwischen den geringen Allgemeinerscheinungen, sowie der wenig ausgeprägten Beteiligung der Mund- und Rachenschleimhaut gegenüber dem sehr starken, scharlachähnlichen Ausschlag und der lange andauernden, heftigen Schuppung. Die Tatsache, daß bei sämtlichen bisher veröffentlichten Fällen von Erythema scarlatiniforme im Kindesalter Scharlach vorausgegangen ist oder bald nach der ersten Erythemerkrankung sich eingestellt hat, spricht für die Auffassung, daß das Überstehen eines Scharlachs für die Erkrankung an Erythema scarlatina prädisponiert. Zappert ist der Ansicht, daß es sich um eine Überempfindlichkeit („Sensibilisierung") handelt, welche zu „einer verstärkt auftretenden Rezidive eines umschriebenen Symptomenkomplexes des Scharlachs, nämlich der Hauterkrankung," führt. Unter den für den Scharlach geeigneten Menschen scheint es noch eine besondere Gruppe mit einer gesteigerten Hautempfindlichkeit zu geben. — Mitteilung eines einschlägigen Falles. Reuß (Wien).

Rominger (Freiburg). *Über Scharlachempfänglichkeit.* (A. d. Univ.-Kinderklinik.) (Münchener med. Wochenschr., 1919, Nr. 16.)

Anläßlich einer Hausepidemie von Scharlach stellte Verf. vergleichende Untersuchungen über die Konstitution der erkrankten und verschont gebliebenen Kinder an und kommt zu dem Resultat, daß sich die Kinder mit lymphatischem Habitus am empfänglichsten dem Scharlach gegenüber erwiesen. Gleichzeitige Varizellenerkrankung schien sensibilisierend auf das Haften des Scharlachvirus zu wirken. Verschont blieben alle Kinder unter 6 Monaten, auch die an Varizellen erkrankten, und von den älteren im wesentlichen die untergewichtigen, schmächtigen, drüsenarmen, meist durch Ernährungsstörungen zurückgebliebenen. Eine gewisse Schutzwirkung schien großen Pigmentreichtum der Haut (Quarzlampe) auszuüben. (Die Annahme des Verf., daß bei einem verschont gebliebenen, mit Lebertran behandelten skrofulösen Kinde der Tran die günstige Wirkung auf die Immunität ausgeübt habe „durch Verbesserung des Fettumsatzes", erscheint mir etwas gewagt. Ref.) Sachs (Leipzig).

Fechner. *Zehn Jahre Scharlachstatistik.* (A. d. inneren Abteilung des Auguste-Viktoria-Krankenhauses zu Berlin-Schöneberg.) (Trenkel, Berlin.)

Statistik über 1723 Scharlachfälle bei Erwachsenen und Kindern. Bemerkenswert ist ein Fall von Scharlach bei einem Säugling von zwei Wochen mit 2670 g Gewicht. Die Geschwister waren zu gleicher Zeit erkrankt, bei dem Kind bestand ein Ausschlag, Scharlachzunge, aber kein erhebliches Fieber. Später trat eine typische Abschuppung auf. Ein gleicher Fall betraf ein 27 Tage altes Kind.

Scharlachrezidive wurden in 1·5% der Fälle gesehen. Die Optochinbehandlung des Scharlachs erwies sich als nutzlos. Salvarsaninfusionen führten in einem Teil der Fälle zu kritischem Temperaturabfall, auch zur schnelleren Reinigung des Rachens, waren aber ohne Einfluß auf die Nachkrankheiten.

Rekonvaleszentenserum wurde in 43 Fällen angewandt. Bei intravenöser Verabreichung fiel das Fieber kritisch ab, es kamen dabei aber auch Schüttelfröste und Kollapse vor, auch blieben die Nachkrankheiten unbeeinflußt. Im allgemeinen verhält sich der Verf. sowohl gegen Salvarsan wie auch gegen Rekonvaleszentenserum skeptisch. Birk.

T. Szász. *Über primäre Diphtherie des äußeren Gehörganges.* (Wiener klin. Wochenschr., 1918, Nr. 27, S. 756.)

Bericht über Diphtheriebazillenbefunde im Eiter von nekrotisierenden Dermatitiden im äußeren Gehörgang (meist neben normalem Trommelfell) bei 55 Erwachsenen. Behandlung mit Serum, lokal Pyozyanose und Vioform. Interessant ist der Nachweis von Diphtheriebazillen in einer großen Anzahl von „feuchten" äußeren Gehörgängen ohne pathologischen Befund. (Bazillenträger!)

Reuß (Wien).

Hotzen. *Über Verfettung der quergestreiften Muskulatur, insbesondere bei Diphtherie.* (Zieglers Beiträge zur pathol. Anat., Bd. LX, 1915, S. 485.)

Histologische Untersuchungen bei Diphtherietodesfällen führten zu der wichtigen Feststellung von schweren Veränderungen in der quergestreiften Muskulatur, speziell des Zwerchfells und des Kehlkopfs, in geringerem Grade in den Skelettmuskeln, und zwar in Form einer intensiven Verfettung, die sich zu Zerfall der Muskelsubstanz und zu reaktiver Entzündung steigern kann. Die Verfettung setzt schon in den ersten Tagen der Diphtherie ein und bleibt — vor allem in den Kehlkopfmuskeln — lange bestehen. — Bei Kehlkopfkrupp greift die pseudomembranöse Entzündung häufig auch auf die Muskeln über. — Auf Grund dieser Befunde wäre zu überlegen, ob nicht die postdiphtherischen Lähmungen in Zusammenhang mit den Muskelveränderungen stehen.

Lehndorff (Wien).

Schick, Kassowitz und **Busacchi.** *Experimentelle Diphtherieserumtherapie beim Menschen.* (Zeitschr. f. d. ges. exper. Med., Bd. IV, 1916, S. 83.)

Die Arbeit versucht, die Dosierung des Diphtherieserums für die Diphtherieerkrankung des Menschen zu bestimmen, und zwar durch Kontrolle der Wirkung des Heilserums auf intrakutan gesetzte Diphtherietoxinreaktionen. Die intrakutane Injektion von minimalen Mengen (0·1 einer Verdünnung von 1 : 500) erzeugt Rötung und Schwellung der Injektionsstelle. Diese Reaktionen wurden in der Rückenhaut in 3stündlichen Intervallen bis zur intramuskulären Seruminjektion und dann weiter in 24stündlichen Intervallen gemacht. Beobachtet wurde die Abschwächung beziehungsweise Aufhebung der Toxinreaktionen; die Heilwirkung des Serums läßt sich zahlenmäßig durch die Abnahme des Durchmessers der Toxinreaktion bestimmen.

Die Hauptwirkung des Diphtherieheilserums ist eine immunisierende. Die weitere Toxinwirkung wird namentlich bei größeren Dosen aufgehoben, während eine rückwirkende Heilkraft des Serums auf vorher gesetzte Toxininjektion selbst bei großen Dosen gering ist und nur auf 3—6 Stunden zurück Abschwächung und nur selten Aufhebung erzeugt.

Für die Therapie konnte durch diese Methode die wirksamste Dosis Heilserum berechnet werden. Das Maximum der Serumwirkung ist bei der Dosis von 500 I.-E. pro Kilogramm Körpergewicht erreicht, ein weiteres Steigen mit der Serumdosis bessert nichts mehr.

Für die Therapie ergibt sich aus praktischen Gründen folgendes Verfahren: Die Injektion hat möglichst frühzeitig zu erfolgen. Bei allen leichteren und mittelschweren prognostisch günstigen Fällen genügen 100 I.-E. pro Kilogramm (90% der Diphtheriefälle), bei lebensbedrohlicher Erkrankung sind 500 I.-E. pro Kilogramm zu injizieren. Wiederholte Injektionen sind als vollkommen überflüssig zu unterlassen. Lehndorff (Wien).

Groër und **Kassowitz.** *Studien über die normale Diphtherieimmunität des Menschen.* II. Mitt. *Über das Verhalten des normalen Diphtherieantitoxins bei Mutter und Neugeborenen.* (Zeitschr. f. Immunitätsforsch., Bd. XXIII, 1915, S. 108.)

Bei 143 Neugeborenen und deren Müttern wurde das Serum nach der Römerschen Methode auf Diphtherieantitoxingehalt untersucht. Gleichzeitig wurde die Schicksche intrakutane Diphtherietoxinreaktion angestellt (Injektion von 0·1 der Diphtherietoxinverdünnung). Bei den Müttern wurde außerdem an einer anderen Stelle 0·1 eines durch Antitoxin 100fach neutralisierten Toxins injiziert.

Es ergab sich, daß 84% der Mütter und ihrer Neugeborenen einen beträchtlichen Gehalt von Normaldiphtherieantitoxin in ihrem Serum aufweisen. Die kindlichen Schutzkörper werden offenbar diaplazentar von der Mutter her übermittelt.

Fast 50% aller Mütter reagierten auf intrakutane Diphtherietoxininjektion positiv, obwohl sich Diphtherieantitoxin im Serum nachweisen ließ (paradoxe Intrakutandiphtherietoxinreaktion). Der positive Ausfall der intrakutanen Diphtherietoxinreaktion beweist daher nicht Mangel an Schutzkörpern; derselbe ist erst dann nachgewiesen, wenn die daneben angestellte Reaktion auf Toxin und Antitoxin negativ ausfällt.

Da bei mehr als 10% der Neugeborenen auch bei Mangel von Schutzkörpern im Serum keine Reaktionsfähigkeit der Haut auf Diphtherietoxin besteht, so ist der negative Ausfall der intrakutanen Diphtherietoxinreaktion als nicht beweisend anzusehen.

Lehndorff (Wien).

Groër und **Kassowitz.** *Studien über die normale Diphtherieimmunität des Menschen.* III. Mitt. *Über die normale Diphtherieimmunität der Erwachsenen.* (Zeitschr. f. Immunitätsforsch., Bd. XXVI, 1917, S. 277.)

Die in der vorhergehenden Mitteilung bei Wöchnerinnen erhobenen Befunde lassen sich auf alle Erwachsenen übertragen. Über 80% aller Erwachsenen besitzen Diphtherieantitoxin im Blute, aber mehr als 50% haben eine abnorme Hautempfindlichkeit gegen Diphtherietoxinbouillon. Lehndorff (Wien).

Groër und **Kassowitz.** *Studien über die normale Diphtherieimmunität des Menschen.* IV. Mitt. *Die normale Diphtherieimmunität im Kindesalter.* (Zeitschr. f. Immunforsch., Bd. XXVIII, 1919, S. 327.)

Mitteilung der Ergebnisse der an über 1000 Kindern durchgeführten Untersuchungen.

Die größte absolute Disposition für Diphtherie besteht bei Kindern zwischen dem ersten bis dritten Lebensjahre, doch sind auch während dieser Periode mit mehr als einem Viertel (28%) geschützter Kinder zu rechnen.

Von den Faktoren, die auf den Grad der Immunität Einfluß haben, sind zu nennen: die passive Immunität der Neugeborenen, welche gegen Ende des ersten Lebensjahres das Minimum erreicht; ferner eine autochthone Bildung antitoxischer Serumfunktionen, die um das 13. Lebensjahr einsetzt und vielleicht mit der Pubertät in Zusammenhang steht. Die normale Diphtherieimmunität wird von den Verff. vorläufig noch als etwas von der natürlichen Immunisierung wesentlich Verschiedenes aufgefaßt.

Die Intrakutandiphtherietoxinreaktion ist — was den positiven Ausfall anbetrifft — bis zum Alter von 7 Jahren als fast absolut sicheres Diagnostikum des Immunitätszustandes zu betrachten.

Lehndorff (Wien).

Knapp. *Erfahrungen über Diphtheriebehandlung mit Heilserum, speziell bei den malignen Erkrankungen.* (Med. Korrespondenzbl. d. württembergischen ärztl. Landesvereines, 1918, S. 323.)

Infolge der Zunahme an malignen septischen Diphtherien in Stuttgart wurde das Heilserum möglichst frühzeitig in größeren Dosen — bei Kindern über 7 Jahren 8000 I.-E. — gegeben, und zwar die Hälfte intravenös, die andere Hälfte intramuskulär. Die Erfolge waren sehr gut, schwerere Erscheinungen von Anaphylaxie kamen nicht zur Beobachtung.

Bei skarlatiniformen Serumexanthemen wird die Entscheidung, ob Scharlach vorliegt oder nicht, in Kinderspital Olgaheilanstalt in Stuttgart vom Ausfall der Urobilinogenreaktion im Harne abhängig gemacht. Bei positiver Reaktion wird der betreffende Fall auf die Scharlachstation transferiert. Lehndorff (Wien).

Borchgrevink (Christiania). *Beschleunigt die Serumbehandlung die Abstoßung des Diphtheriebelages?* (Beiträge zur Klinik der Infektionskrankheiten usw., Bd. IV, 1916, S. 385.)

Aus den Beobachtungen an über 1400 Kindern ergibt sich: Mit Serum behandelte Fälle stoßen ihren Belag beträchtlich früher ab als die ohne Serum behandelten. Am größten ist der Unterschied bei Kindern und bei mittelschweren Fällen, wo mit Serum Behandelte um fünf Tage früher mit der Abstoßung fertig sind. (Bemerkt soll werden, daß die Zahl der Serumfälle 1380 ist, der 103 ohne Serum behandelte Fälle aus den Jahren 1893 und 1894 gegenübergestellt werden.) Die Mortalität an Diphtherie in Christiania beträgt in der Vorserumperiode 24·9% (zwischen 18 und 32·3%), in der Serumperiode 8·9% (zwischen 6·7 und 11·9%). Lehndorff (Wien).

R. Kraus. *Über eine neue Behandlungsmethode des Keuchhustens.* (Wiener klin. Wochenschr., 1915, Nr. 51, S. 1405.)

Versuche über therapeutische Verwertung von Keuchhustensputum (womöglich aus der ersten Periode des konvulsivischen Stadiums, gewaschen, tagelang mit Äther geschüttelt, nach Verdampfen des letzteren auf Sterilität geprüft). Injektionen von 0·5—2 cm^3 in 3—4tägigen Intervallen. Fast ausnahmslos merkliche Besserung nach der zweiten Injektion, auch bei älteren Fällen.

Reuß (Wien).

W. Knöpfelmacher. *Beobachtungen über die Influenzaepidemie an Kindern.* (Wiener med. Wochenschr., 1918, Nr. 45, S. 1979.)

Vortrag anläßlich der Aussprache über die Grippeepidemie des Herbstes 1918 in der Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien. Knöpfelmacher weist auf die Verlaufseigentümlichkeiten hin, welche die sogenannte spanische Grippe im Kindesalter dargeboten hat: die relativ geringe Morbidität und Mortalität der jüngsten Altersklassen, das Auftreten als geringer fieberhafter Schnupfen, als mehrtägige fieberhafte Erkrankung vorwiegend der oberen Luftwege und als bronchitisch-pneumonische Form mit analogem Verlauf wie bei Erwachsenen; nicht seltene Beteiligung des Kehlkopfes (Pseudokrupp), dysenteriforme Erscheinungen und sonstige Neigung zu Blutungen; zuweilen Ikterus, (sep-

tische) Erytheme usw. — Die Pirquetsche Reaktion bleibt während und nach der Influenza in gleicher Intensität bestehen. Die Tuberkulose bleibt durch die Grippe unbeeinflußt. — Der Ablauf der Infektion erinnert an Masern und läßt an ein flüchtiges, vielleicht invisibles Virus als Erreger der Epidemie denken.

Reuß (Wien).

Marcovici. *Das leukozytäre Blutbild bei Parotitis epidemica.* (Folia haematol., Bd. XX, 1916, S. 136.)

Im ersten Stadium normale Leukozytenzahl (eher die untere Grenze der Norm) und Vermehrung der einkernigen Formen, speziell der Monozyten, auf Kosten der Neutrophilen, bei normaler Zahl oder selbst Fehlen der Eosinophilen. Im zweiten Stadium besteht Leukozytose von neutrophilem Typus sowie postinfektiöse Eosinophilie. Lehndorff (Wien).

Arno Lehndorff. *Das weiße Blutbild bei Mumps.* (Wiener klin. Wochenschrift, 1918, Nr. 20, S. 560.)

Niemals Leukozytose, auch nicht bei Orchitis. Relative und absolute Lymphozytose und Verminderung der neutrophilen Polymorphkernigen bei Parotitis, nicht bei Orchitis. Verringerung der Eosinophilen und Mastzellen im Anfangsstadium. Reuß (Wien).

Kling. *Das Auftreten der Kinderlähmung unter der erwachsenen Bevölkerung in Stockholm und Göteborg in den Jahren 1911 und 1912.* (Zeitschr. f. Immunitätsforsch., Bd. XXIV, 1916, S. 123.)

Beobachtungen über verschiedenartiges Verhalten der eingeborenen Stadtbewohner und der zugezogenen Landbevölkerung gegenüber der Poliomyelitis. In Stockholm und Göteborg gab es zirka 96.000 Individuen im Alter von 15—30 Jahren, die in der Stadt geboren waren und zirka 59.000, die am Lande geboren und erst später zugezogen waren. Von ersteren erkrankten 0·25‰, von letzteren 0·55‰. Bei der Stadtbevölkerung war der Verlauf in der Regel leicht und gutartig, bei der zugezogenen Landbevölkerung meist bösartig. Der refraktäre Zustand der Städter ist wahrscheinlich eine Immunität, erworben durch in der Kindheit durchgemachte leichte, nicht diagnostizierte Infektionen.

Lehndorff (Wien).

W. Wolf. *Die epidemische Kinderlähmung.* (Wiener klin. Rundschau, 1918, Nr. 9/10, S. 46.)

Sammelreferat. Reuß (Wien).

G. Stiefler. *Über das Vorkommen der spinalen Kinderlähmung in Oberösterreich in den Jahren 1909—1913.* (Wiener klin. Wochenschr., 1915, Nr. 40, S. 1079.)

Sorgfältige statistische Zusammenstellung mit genauer Berücksichtigung der klinischen Erscheinungsformen. Reuß (Wien).

Ksawery Lewkowicz. *Die spezifische Behandlung der epidemischen Genickstarre.* (Wiener klin. Wochenschr., 1918, Nr. 21, S. 578.)

Bericht über intrakamerale Seruminjektionen, welche bei Säuglingen nach Punktion der Fontanelle, bei älteren Kindern und Erwachsenen unter Anwendung des Götzeschen Rinnenbohrers vorgenommen wurden. Beschreibung der Technik. Der Eingriff an sich ist nach den Erfahrungen des Verfs. mit gar keinen Gefahren verbunden. Die relativ hohe Mortalität der behandelten Säuglinge wird auf „gewisse, in diesem Alter sehr verbreitete allgemeine Störungen" (Ernährungsstörungen, Rhachitis, Tetanie) zurückgeführt. Bei älteren Kindern und Erwachsenen glaubt Verf., daß die intrakameralen Injektionen, wenn das verwendete Serum vollwertig ist und es sich nicht um fulminante oder im Endstadium zugeführte Fälle handelt, in der Regel zur Heilung führt. — Ein ausschlaggebender Faktor bei der Behandlung ist nach Ansicht des Verfs. auch die aktive Immunisierung, also die Einverleibung von Vakzine. Wenn auch jede Seruminjektion bei noch bestehender Infektion mit Vakzinebildung verbunden ist (Bakteriolyse), ist eine eingehende Bearbeitung dieser Frage noch notwendig. Reuß (Wien).

Hedwig Schenk-Popp (Freiburg). *Künstliche Höhensonne bei Erysipel und anderen Infektionen im Säuglingsalter.* (A. d. Univ.-Kinderklinik.) (Münchener med. Wochenschr., 1919, Nr. 21.)

Günstiger Einfluß des Quarzlampenlichtes auf Erysipel, Nabelaffektionen und Phlegmone im Säuglingsalter. Versagen bei allgemeiner Sepsis. Sachs (Leipzig).

H. Opitz. *Zwei Fälle von Mischinfektion mit Bacillus enteritidis Gaertner.* (Monatsschr. f. Kinderheilk., Bd. XV, 1919, S. 383.)

Bei einem 1½ Jahre alten Kinde mit chronischer Pneumonie werden wiederholt aus Blut und einem Abszeß Keime gezüchtet, die sich kulturell, serologisch und chemisch-biologisch als Gaertnerbazillen erweisen. Derselbe Befund wurde bei einem fünfvierteljährigen, an Meningitis epidemica leidenden Kinde im Ventrikelpunktat erhoben. Infektionsquelle und Infektionsmodus blieben in beiden Fällen ungeklärt.

Die anläßlich der Meningitis vorgenommene intralumbale Optochinbehandlung führte zum Zerfall der Meningokokken nicht nur im Lumbal-, sondern auch im Ventrikalpunktat, in dem sich auch Optochin nachweisen ließ. Autoreferat.

H. Géber. *Über die Behandlung der kindlichen Vulvovaginitis gonorrhoica mit Tierkohle (Merck).* (Wiener klin. Wochenschr., 1917, Nr. 9, S. 267.)

Verf. empfiehlt zweimal täglich vorzunehmende Einblasungen von Tierkohle in die Vagina durch einen Harnröhrenspiegel (nach vorheriger Spülung mit $^1/_{10}{}^0/_{00}$ Kal. hypermang. und folgender Trocknung). Das Verfahren führte bei 7 Fällen zu verhältnismäßig

raschem Verschwinden der Gonokokken und scheint somit die Behandlungsdauer der kindlichen Vulvovaginitis wesentlich abzukürzen. Reuß (Wien).

A. Vollbrandt (Freiburg). *Zur intravenösen Kollargolbehandlung der kindlichen Vulvovaginitis gonorrhoica.* (A. d. Univ.-Kinderklinik.) (Münchener med. Wochenschr., 1919, Nr. 24.)

In 3 Fällen von Vulvovaginitis gonorrhoica im Säuglings- und Kleinkindesalter wurde die von Menzi bei älteren Kindern und Erwachsenen angegebene intravenöse Kollargolbehandlung mit folgenden Ergebnissen angewandt: In keinem Falle trat bleibende Heilung ein. Doch wurde zeitweises Verschwinden der Gonokokken nachgewiesen. Mit Sicherheit auf Kollargol zu beziehende Temperatursteigerungen zeigten sich nicht. Auch war der Einfluß auf die Leukozytenzahl nicht eindeutig. Schädigungen wurden nicht festgestellt. Sachs (Leipzig).

V. Mucha. *Zur Frage der Uteruserkrankung bei Vulvovaginitis infantum.* (Wiener med. Wochenschr., 1916, Nr. 28, S. 1070.)

Histologische Untersuchung eines Falles von Vulvovaginitis gonorrhoica (19 Monate altes, an Masern gestorbenes Kind): Entzündlich infiltrative Veränderungen der Vaginalschleimhaut mit Einschluß des Schleimhautüberzuges der Vaginalportion des Uterus bei scharfem Absetzen der entzündlichen Veränderungen am äußeren Muttermund; Uterus und Adnexe frei. Der Fall spricht für die Ansicht jener Autoren, welche das Übergreifen der Erkrankung auf jene Organe als Seltenheit und Ausnahme auffassen. — Die Prognose der gonorrhoischen Vulvovaginitis beim Kind ist in jeder Richtung günstig, die Behandlungsdauer erstreckt sich jedoch auf mehrere Monate (4—9). Therapie: Täglich Vaginalspülungen mit $^1/_4$—$^1/_2$%igem Protargol, 1 : 1000 $AgNO_3$ oder 1—3 : 1000 Hegonon. Bei der nichtgonorrhoischer Vulvovaginitis, welche ausnahmsweise auch reichlichen eitrigen Ausfluß zeigt und dann nur durch genaue bakteriologische Untersuchung als solche erkannt werden kann, genügen meist Sitzbäder und Allgemeinbehandlung. Reuß (Wien).

W. Knöpfelmacher. *Varizellen und Hautblutungen.* (Wiener med. Wochenschr., 1916, Nr. 26, S. 990.)

Nach den Mitteilungen in der Literatur kommen Hautblutungen bei Varizellen als Prodromalsymptom (purpuriformer Rash) oder als Blutungen in den Effloreszenzen sowie in die Haut und Schleimhäute während oder nach Ablauf der Varizellen vor, in den letzteren Fällen möglicherweise als Folgen einer Sepsis. Verf. beobachtete anläßlich einer kleinen Pertussisepidemie auf seiner Säuglingsstation, während welcher Varizellen eingeschleppt wurden, bei 6 Kindern Hämorrhagien, und zwar in die Area der Bläschen oder in die Knötcheneffloreszenzen, jedoch nicht in die Bläschen; die Blutungen traten nur im Gebiet der oberen Hohlvene auf und sind auf die Stauung im Keuchhustenanfall zurückzuführen. Verlauf günstig. Reuß (Wien).

W. Knöpfelmacher. *Variolaschutz durch Vakzineinjektionen.* (Wiener med. Wochenschr., 1915, Nr. 33, S. 1234.)

Die subkutane Vakzination scheint namentlich bei Kindern mit ausgebreiteten Ekzemen angezeigt zu sein. Injektion von Kuhpockenlymphe, bei 56—58° R abgetötet und etwa zehnfach verdünnt, hatte bei 14 Kindern in 7 Fällen Immunität gegen eine nachfolgende Hautimpfung zur Folge. Auch die durch Ablagern avirulent gewordene Lymphe vermag Immunität zu erzeugen. Wiederholung der Injektionen vermag die Immunität zu verstärken. Bei einem achtmonatigen Säugling, welcher der Blatterninfektion ausgesetzt war, hat die subkutane Vakzineinjektion die Infektion nicht verhütet, aber den Ablauf der Krankheit gemildert (Variolois); 14 kutan geimpfte Säuglinge (darunter 2 erst am Tag der Varioldiagnose geimpft) erkrankten nicht. Der durch Injektion erreichte Schutz ist also lange nicht so groß, als der durch die Hautimpfung erreichte.

Reuß (Wien).

C. Pirquet. *Wesen und Wert der Schutzimpfung gegen Blattern.* (Wiener med. Wochenschr., 1915, Nr. 10, S. 457.)

Vortrag anläßlich der Gründung der Österreichischen Gesellschaft für Seuchenbekämpfung. Überblick über Geschichte und Klinik der Vakzination. Hinweis auf die Notwendigkeit eines österreichischen Impfgesetzes, welches die Impfung im 1. und Wiederimpfung im 12. Lebensjahr obligatorisch macht. Reuß (Wien).

W. Wolf. *Pocken.* (Wiener klin. Rundschau, 1917, Nr. 24/26, S. 135.)

Sammelreferat. Reuß (Wien).

A. Soucek. *Über das Fleckfieber im Kindesalter.* (Wiener med. Wochenschrift, 1916, Nr. 48, S. 1808.)

Der Flecktyphus verläuft beim Kind im allgemeinen leichter, das Exanthem verschwindet manchmal nach 1—2 Tagen, Folgekrankheiten sind selten, die Rekonvaleszenz ist kurz. Die Mortalität scheint eine geringe zu sein (unter 23 Fällen kein Todesfall).

Reuß (Wien).

Tuberkulose.

F. Hamburger und **R. Müllegger.** *Über geteilte Tuberkulininjektionen.* (Wiener klin. Wochenschr., Nr. 39, S. 1063.)

Widerlegung der Behauptung W. Müllers, daß die Injektion einer bestimmten Tuberkulinmenge stärkere Reaktionen auslöse als dieselbe oder sogar eine größere Dosis geteilt an zwei Stellen injiziert. Die Erscheinung ist so zu deuten, daß gleich im Anschluß an eine stärkere Tuberkulininjektion eine Phase herabgesetzter Tuberkulinempfindlichkeit eintritt. Injiziert man die volle Dosis einige Tage nach der geteilten, so ist die Reaktion nach letzterer stärker. Reuß (Wien).

Wilhelmine Löwenstein-Brill. *Versuch einer Wertbestimmung des Tuberkulins durch Kutanimpfung.* (Zeitschr. f. d. ges. exper. Med., Bd. VII, 1919, S. 103.)

Die intrakutane Tuberkulinreaktion gibt keine geeigneten Bilder für die Wertbestimmung des Tuberkulins, da bei schwacher Konzentration die traumatische Reaktion von der spezifischen nicht scharf zu trennen ist. Die Pirquetsche Reaktion ist zwar nicht dazu geeignet, die von Koch angegebene Wertbestimmung des Tuberkulins am tuberkulösen Meerschweinchen zu ersetzen, aber sie gibt wertvolle Aufschlüsse über die Wirkungsweise des Tuberkulins; mittels dieser Methode kann man zeigen, daß beim Steigen der Konzentration des Tuberkulins auf das Zehnfache die Breite der Papel nur um das Eineinhalbfache wächst. Lehndorff (Wien).

Prof. F. Hamburger und **Dr. F. Stradner** (Graz). *Eine Verbesserung der perkutanen Tuberkulinreaktion (Moro).* (A. d. Univ.-Kinderklinik.) (Münchener med. Wochenschr., 1919, Nr. 16.)

Verff. engten Alttuberkulin im Becherglase durch Abdampfen bis zur Gewichtskonstanz ein und erhielten dabei eine zähe, dicke, harzähnliche Substanz, die in die Haut des zu untersuchenden Individuums eingerieben wird. Während die Kutanreaktion mit eingedicktem Tuberkulin keine besseren Resultate ergab als mit gewöhnlichem Tuberkulin, war bei der perkutanen Anwendung eine deutliche Überlegenheit des eingedampften Präparates zu konstatieren. Sachs (Leipzig).

Dr. Wideröe (Kristiania). *Über die therapeutische Hautimpfung mit Alttuberkulin.* (Münchener med. Wochenschr., 1919, Nr. 28.)

Verf. behandelte tuberkulöse Meerschweinchen mit Einreibungen von 10% Alttuberkulin-Glyzerin-Mischungen in die Bauchhaut. Während nun die nichtbehandelten, gleich stark infizierten Kontrolltiere nach durchschnittlich 47 Tagen an Miliartuberkulose eingingen, ohne irgend welche Kavernenbildung in der Lunge, verlief der Krankheitsprozeß bei den behandelten Tieren langsamer, sie starben im Durchschnitt nach 95 Tagen und als Ausdruck für das Chronischwerden der Krankheit wiesen die Lungen zahlreiche Kavernen auf. Sachs (Leipzig).

Dr. A. Allinger-Stein (München). *(Herdreaktion bei der Pirquetschen Kutanprobe.* (A. d. I. med. Klinik.) (Münchener med. Wochenschrift, 1919, Nr. 22.)

Von 69 Fällen mit positivem Pirquet zeigten 5 neben den Hauterscheinungen eine deutlich nachweisbare Herdreaktion, 2 Fälle Dämpfung und Rasselgeräusche, 3 Fälle nur Rasselgeräusche und 4mal daneben Temperaturerhöhung. Die Herdreaktion war 24 Stunden nach der Impfung nachweisbar. Sachs (Leipzig).

Arnold Frisch. *Zur Pathogenese der Tuberkulose im Säuglingsalter.* (Prager med. Wochenschr., 1915, Nr. 18, S. 201.)

Mitteilung und eingehende Besprechung des Sektionsbefundes eines 8 Wochen alten tuberkulösen Säuglings (aus dem Ghonschen Institut). Reuß (Wien).

F. Hamburger. *Über die Tuberkuloseinfektion.* (Wiener klin. Wochenschrift, 1918, Nr. 23, S. 641.)

Widerlegung der von Kretz geäußerten Ansicht (Wiener klin. Wochenschr., 1918, Nr. 14) einer hämatogenen Entstehung des Primäraffektes in den Lungen und einer Tuberkulinallergie ohne histologische Tuberkulose. Reuß (Wien).

Engelsmann. *Über den Nachweis der Tuberkelbazillen im Lumbalpunktat.* (Zentralbl. f. Bakteriol., Bd. LXXXII, 1919, S. 221.)

Bei tuberkulöser Meningitis gelingt bei entsprechender Technik, eventuell wiederholter Untersuchung der Nachweis von Tuberkelbazillen in 67% der Fälle. Lehndorff (Wien).

Ungermann. *Untersuchungen über die Tuberkuloseantikörper und Tuberkuloseüberempfindlichkeit.* (Arbeiten a. d. kais. Gesundheitsamte, Bd. XLVIII, 1915, S. 381.)

Bei der Tuberkuloseimmunität aktiv immunisierter Tiere spielen phagozytäre Serumkörper keine ausschlaggebende Rolle. Es kann ein beträchtlicher Grad von Immunität vorhanden sein, ohne nennenswerte Zunahme dieser Stoffe und umgekehrt ist selbst eine beträchtliche Steigerung des opsonischen Index und bakteriotrop wirkender Substanzen nicht gleichbedeutend mit Steigerung der Immunität. Eine Spezifität der phagozytären Stoffe im Serum, die eine Differenzierung des Typus humanus und bovinus ermöglichen könnte, wurde nicht festgestellt. — Es gelingt auch mit abgetöteten Tuberkelbazillen bei Meerschweinchen und Kaninchen eine typische Tuberkuloseüberempfindlichkeit zu erzeugen; mit Alttuberkulin konnte keine Sensibilisierung gesunder Tiere erreicht werden. Lehndorff (Wien).

Prof. Stoeltzner (Halle). *Über Behandlung der kindlichen Skrofulotuberkulose mit Tebelon.* (Münchener med. Wochenschr., 1919, Nr. 23, 24.)

In dem Bestreben, ein Mittel gegen Tuberkulose zu finden, ging Stoeltzner zunächst von der Idee aus, den Tuberkelbazillus durch Injektion wachslöslicher Mittel zu schädigen. Am besten wachslöslich erwiesen sich einige Ester der niederen Fettsäuren. Versuche mit diesen Fettsäureestern an tuberkuloseinfizierten Meerschweinchen hatten jedoch ein negatives Resultat. Stoeltzner führt das auf die gleichzeitig bestehende hohe Fett- und Lipoidlöslichkeit der genannten Ester zurück. Er ging darauf zu Versuchen mit Einspritzungen von verschiedenen Wachsarten über und erzielte im Tierversuch um so bessere Resultate, je feiner sich die Wachsart im Unterhautzellgewebe verteilte. Über die Wirkungsweise des injizierten Wachses machte sich der Autor folgende Vorstellung:

Auf die Berührung mit dem eingespritzten Wachs reagiert das Bindegewebe mit der Bildung von Wachsantikörpern beziehungsweise wachsspaltenden Fermenten. Diese Reaktion nimmt um so größeren Umfang an, je größer die Berührungsfläche zwischen Bindegewebe und Wachs ist, d. h. je feiner das Wachs unter der Haut verteilt liegt. Die Antikörper oder Fermente gelangen mit der Lymphe in die allgemeine Zirkulation und können nun die Tuberkelbazillen mit ihrer verhältnismäßig außerordentlich großen Oberfläche leichter angreifen als die Teilchen des eingespritzten Wachses, die auch bei feiner Verteilung im Vergleich mit den Bazillen noch immer sehr groß sind und demgemäß eine verhältnismäßig sehr viel kleinere Oberfläche haben. Der Isobutylester war das endgültige Wachs, das die besten Erfolge gab. Es wird von den „Chemischen Werken Grenzach" unter dem Namen Tebelon in sterilen Ampullen abgegeben. Verf. hat das Mittel an 33 Kindern und 17 Erwachsenen klinisch geprüft und bei der Skrofulo-Tuberkulose der Kinder gute Erfolge damit erzielt. Sachs (Leipzig).

Syphilis.

M. Zeissl. *Über die Infektion eines zweieinhalb Jahre alten Knaben mit Ulcus molle.* (Wiener med. Wochenschr., 1918, Nr. 24, S. 1094.)

Schmerzhaftes Geschwür (3 : 4 cm) in der Afterkerbe, durch Nachweis des Durceyschen Bazillus als Ulcus molle verifiziert. Stuprum. Reuß (Wien).

Ries. *Ein Fall von kongenitaler Blasensyphilis (Gumma).* (Med. Korrespondenzbl. d. württembergischen ärztl. Landesvereines, 1917, S. 33.)

Sechsjähriger Knabe mit seit 1½ Jahren bestehender, unstillbarer Hämaturie. Da Wassermannsche Reaktion positiv war, wurde antisyphilitische Behandlung eingeleitet und vollständige Heilung erzielt. Bei den Eltern wurde nachträglich Lues festgestellt. Ex juvantibus schließt Verf. auf einen gummösen Prozeß in der Blase. Lehndorff (Wien).

Zirkulationsapparat.

Dr. W. Hesse (Halle). *Zur intrakardialen Injektion.* (A. d. med. Univ.-Klinik.) (Münchener med. Wochenschr., 1919, Nr. 21.)

Berechtigung hat die intrakardiale Injektion nur bei Einspritzung des Analeptikums in das Lumen des linken Ventrikels. Hierzu sticht man die Kanüle unter leichter Führung der Nadelspitze nach oben und medial an der linken relativen Herzgrenze oder einen Querfinger innerhalb von ihr im 4. oder 5. Interkostalraum langsam ein, bis die Aspiration von Blut aus dem linken Ventrikel leicht gelingt, und injiziert anschließend mit einer Rekord-

oder Luerschen Spritze ½ mg Strophantin in 15—20 cm³ Kochsalzlösung gelöst. Die Indikation zur Vornahme der intrakardialen Injektion ist dann gegeben, wenn bei unfühlbarem Puls die Möglichkeit, das Analeptikum auf subkutanem, intramuskulärem oder intravenösem Wege bis ans Herz zu bringen, an der fehlenden Blutzirkulation scheitert. Wenn der Herzmuskel vor seiner Erlähmung auf Herzmittel nicht mehr angesprochen hat, ist auch von der intrakardialen Injektion, wie 12 Versuche des Verfs. lehren, kein Erfolg mehr zu erwarten. Wohl aber dürfte der Methode ein Erfolg in den Fällen beschieden sein, in denen es sich um plötzliches Versagen eines vorher gesunden, infolge Narkose, Schock oder Vergiftung akut gelähmten Herzens handelt, oder in den Fällen, wo eine chronische, unbehandelte Herzmuskelschwäche erst im Stadium der schwersten Erschöpfung in ärztliche Hände kommt.

Sachs (Leipzig).

Forst. *Über kongenitale Varizen.* (Frankfurter Zeitschr. f. Pathol., Bd. XVII, 1915, S. 137.)

1½ Jahre alter Knabe mit angeborener kleiner, nicht pulsierender, beim Schreien sich vergrößernder Geschwulst an der linken Halsseite. Während der Masern Anwachsen der Geschwulst bis auf Faustgröße, Auftreten von Pulsation. Plötzlicher Exitus. Bei der Obduktion fand sich in einer sackartigen Erweiterung der linken Vena jugularis ein Riß, von dem aus Verblutung erfolgt war. Ebenso fanden sich Varizen der Begleitvenen der Art. carotis sinistra und des Plexus venosus thyreoideus sinister. Lehndorff (Wien).

S. Saltykow. *Beginnende Atherosklerose der Herzklappen.* (Zieglers Beiträge zur pathol. Anat., Bd. LX, 1915, S. 321.)

Eingehende histologische Untersuchungen der „weißen Flecken" an der Mitralis und der „gelben Flecken" und Verdickungen der Aortenklappen bei einer großen Anzahl von Säuglingen, Kindern und jugendlichen Erwachsenen führen Verf. zu der Ansicht, diese Flecken als das Anfangsstadium der Klappenatherosklerose zu deuten. Lehndorff (Wien).

Respirationsapparat.

L. K. Gliński. *Beiderseitige Lungenhypoplasie.* (Wiener med. Wochenschrift, 1915, Nr. 6, S. 286.)

Unreifes, 1800 g schweres Mädchen einer VI para; sämtliche Geschwister normal. Tod ¼ Stunde p. p. Pleurahöhlen dilatiert, mit seröser Flüssigkeit gefüllt; Lungen 1·5 : 3 cm. Anasarka mäßigen Grades. Spärliches Transsudat in Perikard und Abdomen. Im Gegensatz zu Eppinger, welcher in einem ganz analogen Fall den allgemeinen Hydrops als Folge der Lungenmißbildung betrachtet, glaubt Verf. an eine Hemmung der normalen Lungenentwicklung durch den sich in früher Lebensperiode entwickelnden Hydrops.

Reuß (Wien).

Blut und blutbildende Organe.

Elisabeth Benecke. *Über hämorrhagische Diathesen mit Blutplättchenschwund und Knochenmarkaplasie bei Jugendlichen.* (Folia haematol., Bd. XXI, 1917, S. 263.)

Das Gemeinsame der Fälle (darunter zwei Kinder) war — klinisch: schwere Anämie, Purpura, Schleimhautblutungen; hämatologisch: hochgradige Verminderung der roten Blutkörperchen, keine Hyperchromie, keine kernhaltigen. Außerordentliche Verminderung der Leukozyten und höchstgradige Abnahme der Zahl der Blutplättchen bis fast zum Verschwinden. Bei der Obduktion findet man ein völlig arregeneratorisches Fettmark in den langen Röhrenknochen.

Lehndorff (Wien).

Lymphatischer Apparat.

Schirmer. *Status thymo-lymphaticus bei Neugeborenen.* (Zieglers Beiträge zur pathol. Anat., Bd. LXV, 1919, S. 227.)

Schon bei Neugeborenen kommt eine dem Status lymphaticus und thymo-lymphaticus älterer Individuen entsprechende Konstitutionsanomalie vor. Dieselbe äußert sich in einer mehr oder weniger stark die Norm überschreitenden Entwicklung des lymphatischen Systems (am konstantesten Hyperplasie der Milzfollikel); ferner in einer allgemeinen Hyperplasie der Thymus. Häufig ist eine Vergrößerung der Schilddrüse (Struma neonati) nachzuweisen. Ein gleichzeitiges Vorkommen von Entwicklungsstörungen und Mißbildungen ist ziemlich häufig, eine konstante Beteiligung innerer Organe ist nicht mit Sicherheit festzustellen.

Lehndorff (Wien).

J. Zappert. *Eine in Vergessenheit geratene interne Behandlung der Anginen.* (Wiener med. Wochenschr., 1915, Nr. 44, S. 1625.)

Nachprüfung der von H. Schulz für die Behandlung der Diphtherie empfohlenen Zyanquecksilbertherapie (0·01 Hydrarg. cyanat. auf 100 Wasser, stündlich 1 Kinderlöffel). Zappert erzielte besonders bei Tonsillarerkrankungen mit oberflächlicher Exsudation günstige Wirkungen, außer bei Diphtherie auch bei verschiedenen mit Belägen einhergehenden Anginen, Angina Vincenti, weniger bei Scharlachangina. Bei sonstigen Mandel- und Rachenaffektionen, insbesondere bei parenchymatösen, abszedierenden Formen, blieb die Therapie ziemlich wirkungslos. Unangenehme Nebenwirkungen zeigten sich in keinem Fall. Reuß (Wien).

J. Zappert. *Die Indikationen von seiten des kindlichen Nervensystems zur operativen Entfernung der Rachenmandeln.* (Wiener med. Wochenschr., 1917, Nr. 46/47, S. 2047, 2099.)

Sehr lesenswerter Aufsatz! Verf. kommt zu dem Ergebnis, daß die Adenotomie nur bei den keineswegs häufigen Fällen

von Aprosexia nasalis, welche nicht mit neurasthenischer Zerstreutheit und mit Stumpfsinn infolge Schwerhörigkeit verwechselt werden dürfen, sowie bei lästigem, nicht anders zu beseitigenden Kopfschmerz indiziert ist. Bei Pavor nocturnus, Enuresis, habituellem Erbrechen, Asthma beruhen etwaige günstige Erfolge der Operation nur auf psychischer Beeinflussung. Bei Epilepsie ist die Adenotomie unberechtigt, bei Intelligenzschwäche jeder Form, zerebraler Kinderlähmung, Stimmritzenkrampf, Stottern, Veitstanz ist der Eingriff unbedingt abzulehnen. Eine Beziehung der adenoiden Wucherungen zur Schilddrüse und zur Hypophyse ist nicht bewiesen.

Reuß (Wien).

J. Moskovitz. *Prophylaxe und Therapie der Peri-Tonsillarabszesse.* (Wiener med. Wochenschr., 1915, Nr. 29, S. 1110.)

Da die Peritonsillitis stets eine vom Cavum naso-pharyngeale ausgehende, konsekutive Erkrankung ist, besteht die wirksamste Prophylaxe in der Beseitigung des bestehenden nasopharyngealen Leidens. Therapeutisch wird empfohlen, nach Inzision in der Regio supratonsillaris die Eiterhöhle mit dem scharfen Löffel gründlich auszuräumen. Reuß (Wien).

Klestadt (Breslau). *Das Hineinwachsen adenoiden Gewebes in die Gaumenmandelnischen nach Tonsillektomie.* (A. d. Univ.-Ohrenklinik.) (Münchner med. Wochenschr., 1919, Nr. 16.)

In Übereinstimmung mit den Angaben anderer Autoren berichtet Verf., daß nach den von ihm vorgenommenen, regelrecht verlaufenen Tonsillektomien im Verlauf von 3—4 Wochen von der Zungenmandel aus adenoides Gewebe in die Mandelnischen hinaufgewachsen sei und sich dort dauernd etabliert habe. Über Empfänglichkeit dieses Ersatzgewebes für neue Infektionen, über die Übernahme der Funktion der alten Tonsille und über späteres Verhalten kann Verf. einstweilen nichts aussagen. Sachs (Leipzig).

Verdauungstraktus.

W. Knöpfelmacher und **G. Bien.** *Untersuchungen über Nabelkoliken älterer Kinder.* (Wiener med. Wochenschr., 1915, Nr. 5, S. 226.)

Auf Grund der Krankengeschichten von 7 Fällen wird die Klinik und Differentialdiagnose der sogenannten „Nabelkoliken" besprochen. Dauer der Anfälle mehrere Minuten oder viel länger; Schmerzen unabhängig von der Nahrungsaufnahme, auch nachts; einmal „Hungerschmerz". Von sonstigen Symptomen fanden sich Erbrechen, Aufstoßen, Druckempfindlichkeit der Nabelgegend, Obstipation, verschiedene nervöse und vasomotorische Störungen, aber keine typischen hysterischen Symptome. Sichere Ulkussymptome ließen sich weder durch die Untersuchung des Mageninhaltes und Stuhles, noch röntgenologisch nachweisen. Unter

14 Kindern mit dfifusen Magenschmerzen wurden zwei mit Hyperchlorhydrie, zwei andere mit verlängerter Austreibungsperiode und Druckempfindlichkeit am Bulbus duodeni gefunden.

Reuß (Wien).

F. Šamberger. *Zur Ätiologie der Appendizitis.* (Wiener med. Wochenschrift, 1916, Nr. 1, S. 14.)

Verf. vermutet, daß die dauernde Lage auf der rechten Seite im Schlaf die Passage des Stuhles und der Gase aus dem queren ins absteigende Kolon erschwert und infolge Retention des Darminhaltes auch zur direkten oder indirekten Ursache der Blinddarmentzündung werden kann. Reuß (Wien).

R. Monti. *Ein Fall von Gangrän des Meckelschen Divertikels durch Volvulus desselben.* (Wiener klin. Wochenschr., 1915, Nr. 42, S. 1141.)

Fünfjähriger Knabe mit akuter Peritonitis nach Perforation eines infolge Volvulus gangränös gewordenen Meckelschen Divertikels. Nach dem Operationsbefund wird als wahrscheinlich angenommen, daß durch rege Peristaltik um die Ansatzstelle des mit seiner Spitze an einer gegenüberliegenden Darmschlinge adhärenten Divertikels eine Längsdrehung des benachbarten Dünndarmes stattgefunden hat, wodurch das Divertikel eine Torsion an seiner Basis erfuhr. Heilung. Reuß (Wien).

Urogenitalsystem.

v. Mettenheim. *Zur Klinik der infektiösen Erkrankungen der Harnwege im Kindesalter.* (Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiet der prakt. Medizin, Bd. XVI, 3. Heft, 41 Seiten.)

Die Darstellung des Verfs. stützt sich auf 100 in den letzten 7 Jahren beobachtete schwere Fälle der Erkrankung, die 1·03% der gesamten Krankheitsfälle ausmachten. Davon entfielen 28, also mehr als ein Viertel der Gesamtheit, auf Knaben. Von den 42 genauer bakteriologisch untersuchten Fällen waren 29 auf Bact. coli, 8 auf Bact. paracoli zurückzuführen, während 1mal Proteus, 1mal Streptokokkus, 1mal Streptokokkus mit Koli, 1mal Staphylokokkus und 1mal Staphylokokkus mit Parakoli als Erreger in Betracht kamen. Die Frage des Infektionsweges wird erörtert, aber offengelassen. Das bei 20 Kindern im Alter bis zu 2 Jahren und 7 älteren Kindern gefundene Blutbild wird in Tafelform mitgeteilt und ergibt eine Leukozytose wechselnder Stärke neben einer in den schweren Fällen etwas beträchtlicheren, meist aber nur geringen Herabsetzung der Zahl der roten Blutkörperchen und des Blutfarbstoffes. Zur Leichenöffnung kamen 14 Fälle, wobei 11mal eine Niereneiterung verschiedenen Grades angetroffen wurde, 1mal eine Pyelonephrose, 1mal eitrige Zystitis, während in einem Fall kein anatomischer Befund

erhoben werden konnte. Zur Behandlung empfiehlt Verf. Salol täglich 4mal 0·2—0·3 g abwechselnd mit Urotropin 0·2—0·3 g, bei älteren Kindern 0·5 g 3—4mal täglich. Von der Autovakzination, die in 12 Fällen angewandt wurde, sah er keinen sichtlichen Erfolg.

H. Vogt.

R. Fischl. *Erfahrungen über Zystitis im Kindesalter.* (Prager med. Wochenschr., 1915, Nr. 15, S. 148.)

Für praktische Ärzte bestimmte Besprechung der Diagnose und Symptomatologie der kindlichen Zystitis mit guter Literaturübersicht. Unter den mitgeteilten Fällen ist ein Fall von chronisch gewordener Zystopyelitis bei einem 2½jährigen Mädchen bemerkenswert, welcher bei Versagen der internen und lokalen Therapie durch Injektionen mit einer Koliautovakzine sehr günstig beeinflußt wurde.

Reuß (Wien).

Erkrankungen des Zentralnervensystems.

E. Pulay. *Zur Pathologie des Fazialisphänomens.* (Wiener klin. Wochenschr., 1916, Nr. 42, S. 1334.)

Verf. konnte an einem größeren Krankenmaterial (63 erwachsene Personen) in fast allen Fällen von Fazialisphänomen Veränderungen meist entzündlicher Natur an den Tonsillen feststellen (Zerklüftung, Pfröpfchen, Abszeßbildung) und glaubt daraus schließen zu können, daß das Fazialisphänomen als wichtiger klinischer Behelf zur Aufdeckung von Tonsillarerkrankungen angesehen werden dürfe.

Reuß (Wien).

Doz. Dr. E. Aschenheim (Düsseldorf). *Über die Beteiligung des vegetativen Nervensystems und über trophische Störungen bei der infantilen Tetanie.* (Münchener med. Wochenschr., 1919, Nr. 26.)

Fortbildungsvortrag, der die aus der pädiatrischen und neurologischen Literatur der letzten Jahre bekannten Ergebnisse (Herztetanie, Bronchotetanie, Gefäßspasmen, Krampf der Sphinkteren von Rektum und Blase, Beteiligung der inneren und äußeren Augenmuskel) zusammenfaßt und auf trophische Störungen (Schichtstar, Pigmentationen, Nagelerkrankung, Schmelzhypoplasie) hinweist. (Ref. ist in vielem anderer Meinung und verweise auf eine demnächst in der Monatsschr. f. Kinderheilk. erscheinende Arbeit.)

Sachs (Leipzig).

Motzfeld. *Zur Kasuistik des kongenitalen Hydrocephalus internus.* (Frankfurter Zeitschr. f. Pathol., Bd. XVI, 1915, S. 127.)

Sieben Monate altes Kind mit rasch wachsendem Schädel. Obduktion ergab eine diffuse Proliferation des Gliagewebes in einzelnen Teilen des Kleinhirns mit Obturation des foramen Magendie.

Lehndorff (Wien).

Th. Hryntschak. *Ein Fall von Meningitis cerebrospinalis siderans.* (Wiener med. Wochenschr., 1915, Nr. 42, S. 1566.)

Foudroyant verlaufender, nach 24stündigen Krankheitserscheinungen zum Tod führender Fall bei einem 14jährigen Knaben. Mangel jeder Fieberbewegung. Mißverhältnis zwischen Krankheitsdauer und Sektionsbefund, welcher tagelang bestehende schwere Symptome hätte vermuten lassen. Reuß (Wien).

M. Mayerhofer-Lateiner. *Ein Fall von Meningitis purulenta, verursacht durch Micrococcus catarrhalis.* (Wiener klin. Wochenschr., 1918, Nr. 41, S. 1107.)

Bei einem 6 Monate alten Kind mit den Erscheinungen einer epidemischen Zerebrospinalmeningitis wurde in dem stark getrübten Lumbalpunktat kulturell Micrococcus catarrhalis nachgewiesen. Bei häufigen Lumbalpunktionen günstiger Verlauf nach zirka 3 Wochen.

Reuß (Wien).

Stoffwechselkrankheiten.

J. Erdheim. *Über das Barlowherz.* (Wiener klin. Wochenschr., 1918, Nr. 49, S. 1293.)

Erfahrungen auf Grund von 31 Obduktionen, davon die Hälfte das zweite Lebenshalbjahr betreffend. Die charakteristischen Skelettveränderungen beim Barlow kommen dadurch zustande, daß der Knochen infolge Stocken des Knochenanbaues bei Fortdauer des Abbaues vor allem an den Diaphysenenden porotisch wird, und zwar in erster Linie an den vorderen Rippenenden als an den raschest wachsenden Knochen. Sie sind schon zu einer Zeit befallen, da die Extremitätenknochen noch unverändert erscheinen. Durch die Porose kommt es an den Diaphysenenden zur Fraktur oder Infraktion, zur Abnutzung der auf die Epiphyse sich aufstützenden Bruchfläche, Inkongruenz zwischen Dia- und Epiphyse, Blutungen in den Bruchspalt und unter das Periost. An den Rippen verschiebt sich der Knorpel gegen den Knochen in der Weise, daß ersterer nach innen verschoben erscheint, ohne daß dabei eine Einengung des Thoraxraumes zustande kommt. — Bei zwei Drittel der Fälle fand sich eine beträchtliche Hypertrophie des rechten Herzens. Verf. erklärt das Entstehen derselben in der Weise, daß infolge Schmerzhaftigkeit die respiratorischen Rippenbewegungen eingeschränkt werden und dadurch das Einpumpen von Blut, wie es während der Inspiration in die Lungen stattfindet, behindert wird; die Blutbewegung wird darum mehr der Muskelarbeit des rechten Herzventrikels übertragen, was eine Arbeitshypertrophie zur Folge hat.

Reuß (Wien).

Wachstumskrankheiten und Wachstumsstörungen.

Eiken. *Über Osteogenesis imperfecta und ihre Beziehungen zur genuinen Osteomalazie.* (Zieglers Beiträge zur pathol. Anat., Bd. LXV, 1919, S. 285.)

Verf. glaubt, daß die Besonderheit der Knochenbildung bei der Osteogenesis imperfecta bedingt ist einerseits durch eine verminderte Tätigkeit der Osteoblasten und zweitens durch das mangelhafte Vermögen des neugebildeten, zum Teil abnorm gebauten Gewebes in bezug auf Kalkaufnahme.

Der vorliegende Fall steht der Osteomalaziegruppe nahe und Verf. meint, daß spätere Untersuchungen die Zugehörigkeit der Osteogenesis imperfecta zur Osteomalazie endgültig feststellen werden. Lehndorff (Wien).

Kusnezoff. *Über Osteogenesis imperfecta.* (Frankfurter Zeitschr. f. Pathol., Bd. XVI, 1915, S. 97.)

Die Besonderheit der Beobachtung liegt darin, daß es sich um Zwillingskinder handelte mit getrennten Mutterkuchen und Eihautsäcken — also zweieiigen Zwillingen, von denen nur der eine die Mißbildung zeigte. Die Ursache der Erkrankung kann nicht im mütterlichen Organismus gelegen sein, sondern ist im Fötus selbst zu suchen. Lehndorff (Wien).

Niklas. *Osteogenesis imperfecta.* (Zieglers Beiträge zur pathol. Anat., Bd. LXI, 1916, S. 101.)

Die Knochenveränderung wird gedeutet als konzentrische Atrophie, hervorgerufen durch Mangel an Knochensupposition bei normaler Resorption. Die Osteogenesis imperfecta ist eine Systemerkrankung, bei der eine schwere Stoffwechselschädigung vorliegt — im vorliegenden Falle bestand eine hochgradige Hypertrophie der Thyreoidea, weshalb sich Verf. für berechtigt hält, die Schilddrüse als das Primum movens anzusehen.

Lehndorff (Wien).

Privatdozent Dr. V. Simon (Frankfurt). *Über Hungererkrankungen des Skelettsystems* (*Hungerosteopathien.*) (A. d. Univ.-Klinik f. orthopäd. Chir.) (Münchener med. Wochenschr., 1919, Nr. 29.)

Die sich in der letzten Zeit häufenden Fälle von Spätrachitis und osteomaliziformen Erkrankungen werden in bezug auf die durch sie verursachten Deformitäten des Skelettsystems, die Pathogenese und Therapie, eingehend besprochen. Sachs (Leipzig).

Dr. Hochstetter (Tübingen). *Über gehäuftes Auftreten von Spätrachitis.* (A. d. med. Univ.-Klinik.) (Münchener med. Wochenschr., 1919, Nr. 27, 28.)

Verf. berichtet über 4 Arbeiter beziehungsweise Arbeiterinnen im Alter von 15—18 Jahren, die seit 1—2 Jahren über Schmerzhaftigkeit in einzelnen Knochen und Gelenken klagten und bei denen

die Untersuchung Zeichen typischer Rachitis ergab. Die Befunde haben Ähnlichkeit mit den aus Wien und stimmen überein mit den aus Göttingen mitgeteilten Fällen. Als Ursache wird die unzureichende Kriegsernährung in Verbindung mit einer inneren Disposition (innere Sekretion) angesehen. Therapeutisch hat sich Phosphorlebertran gut bewährt. Sachs (Leipzig).

O. E. Schulz. *Ein Fall von angeborenem Riesenwuchs.* (Wiener med. Wochenschr., 1917, Nr. 2, S. 101.)

Kasuistische Mitteilung eines Falles von Riesenwuchs mit Lipom des Vorderarmes bei einem 18jährigen Mädchen. Operation mit gutem funktionellen Resultat. Histologischer Befund.

Reuß (Wien).

Haut.

Lindvall (Stockholm). *Ein Fall von Purpura mit Eruption hämorrhagischer Vesikeln (Varicellae?).* (Beiträge zur Klinik der Infektionskrankheiten usw., Bd. IV, 1916, S. 47.)

Die im Verlaufe einer Purpura bei einem 10jährigen anämischen Knaben auftretenden Varizellen waren von hämorrhagischem Charakter. Lehndorff (Wien).

L. Moszkowicz. *Vioformfirnis gegen Erysipel.* (Wiener med. Wochenschrift, 1917, Nr. 18, S. 814.)

Der Vioformfirnis (chemische Industrie in Basel) wird auf die erkrankte Hautpartie bis mindestens handbreit über den Rand des Erysipels aufgestrichen. Es entsteht eine durchsichtige Decke, welche nach 2—3 Tagen von selbst abschilfert. Anscheinend günstige Beeinflussung, ob durch das Vioform als solches oder durch rein physikalische Wirkung des Firnis, bleibt unentschieden.

Reuß (Wien).

Auge.

Elfriede Rumpelt. *Über einen sehr bemerkenswerten Tumor bei einem fünf Monate alten Kind.* (Inaug.-Diss.) (Noske, Leipzig.)

Gliom oder Endotheliom der Iris. Birk.

L. v. Liebermann. *Über die Behandlung der Ophthalmoblennorrhöe mit Milchinjektionen.* (Wiener med. Wochenschr., 1918, Nr. 33, S. 1446.)

Verf. glaubt sich auf Grund seiner Erfahrungen über die Milchbehandlung zu der Behauptung berechtigt, daß sowohl mit der Lapistuschierung als „mit irgend einer anderen Lokalbehandlung allein, wie wir sie vor der Milchbehandlung ausschließlich anwenden mußten, nicht im entferntesten ein so günstiger und rascher Heilungs-

verlauf und eine so sichere Vermeidung beziehungsweise Heilung von Hornhautkomplikationen zu erzielen war". Reuß (Wien).

Ohr.

G. Gomperz. *Parenterale Milchinjektionen bei akuter Otitis media im Kindesalter.* (Wiener med. Wochenschr., 1917, Nr. 37, S. 1610.)

Verf. hat keine unzweifelhafte heilungsfördernde Wirkung der Milchinjektionen auf den Verlauf der Otitis media gesehen und warnt davor, diese Therapie den praktischen Ärzten zu empfehlen. Wenn das Trommelfell nicht bereits spontan durchgebrochen ist, muß die Parazentese, wenn indiziert, auf jeden Fall vorgenommen werden, zumal da die nach Milchinjektionen etwa eintretende Drucksteigerung im Mittelohr die Veranlassung zu zerebralen Komplikationen geben könnte. Reuß (Wien).

Orthopädie.

Dr. S. R. Gangele (Zwickau). *Die postpleuritische Skoliose und ihre Verhütung.* (Münchener med. Wochenschr., 1919, Nr. 16.)

Ausgleich der postpleuritischen Skoliose durch ein gefenstertes Gipskorsett. Sachs (Leipzig).

A. Ritschl. *Zur Behandlung des Plattfußes.* (Wiener med. Wochenschr., 1915, Nr. 41, S. 1522.)

Die Plattfüßigkeit ist ein Leiden, das in den meisten Fällen vermieden werden kann und ist dementsprechend auf dem Wege der Massenaufklärung anzugreifen. Empfehlung eines diesbezüglichen „Merkblattes zur Bekämpfung der Plattfüßigkeit".

Reuß (Wien).

Mißbildungen.

R. Monti. *Über angeborene Zwerchfellbrüche.* (Wiener klin. Wochenschr., 1915, Nr. 29, S. 788.)

Bei einem 3½ Monate alten Kinde, welches außer zeitweise auftretenden Anfällen von Dyspnöe und Zyanose nichts Krankhaftes darbot, konnte durch die radiologische Untersuchung eine kongenitale linksseitige Zwerchfellhernie diagnostiziert werden. Es wird darauf hingewiesen, daß die Diagnose nach den klinischen Symptomen (Dextrokardie, Wechsel des Perkussionsschalles, Zurückbleiben der betreffenden Seite bei der Atmung, Auftreten von Plätschergeräuschen, abnormer Kleinheit des Abdomens bei gewöhnlich stark ausgeprägter Thoraxwölbung und Zyanoseanfällen) zwar möglich ist, aber durch die radiologische Untersuchung wesentlich erleichtert wird. Reuß (Wien).

H. Elias. *Ein Fall von Fissura sternalis congenita completa simplex.* (Wiener klin. Wochenschr., 1918, Nr. 4, S. 99.)

Die Mißbildung fand sich bei einer 33jährigen Frau mit Apicitis bil., welche fünfmal geboren hatte. Die Sternalfissur soll in der Kindheit viel breiter gewesen sein; der „weiche Knödel", welcher schon immer bei stärkeren Hustenanfällen zwischen den Knochen herausgetreten sei, bleibe jetzt geklemmt stecken, so daß die Patientin die Geschwulst mit der Hand zurückdrücken müsse.

Reuß (Wien).

Johann Fonyó. *Ein Acardius acephalus.* (Wiener klin. Wochenschr., 1917, Nr. 6, S. 174.)

Kasuistische Mitteilung mit folgender Besprechung. Akardius mit beinahe ganz entwickeltem Rumpf. Reuß (Wien).

Vakzination.

R. W. Raudnitz. *Zum österreichischen Impfgesetz.* (Wiener klin. Wochenschr., 1916, Nr. 24, S. 746.)

Verf. schlägt vor: Auch eine erfolgreiche Blatter genüge als Impfschutz. Undurchlässige Impfverbände sind zu verbieten. Impfzeugnisse sind auf dem Tauf- oder Geburtsschein einzutragen. Nachschau der Wiederimpfungen am fünften Tag. Alle öffentlichen Impfungen sind auf Staatskosten vorzunehmen. Erweiterung der Impfbelehrung in den Schulen (Tafeln, Lesestücke). Anlegung einer Impfbücherei, welche auch die impfgegnerischen Veröffentlichungen berücksichtigt. Prüfung der Lymphe nach dem Verfahren des Verfs.: Mit einer von dem gesamten (von einem Kalbe herrührenden) Impfstoff genommene Probe und mit zwei Impfstoffen anderer Herkunft ist ein und dieselbe Person zu impfen und der Erfolg zu beobachten. Reuß (Wien).

E. Mayerhofer. *Über Impfung und Impfzwang in Österreich.* (Wiener med. Wochenschr., 1915, Nr. 25, S. 957.)

Obzwar der Impfzustand der Wiener Bevölkerung mit 96·2% Geimpften ein guter ist, können die 3·8% Nichtgeimpften doch hinreichen, um eine Epidemie zu fördern. Auch geht die Durchimpfung der Bevölkerung viel zu langsam vor sich; besonders bleibt die Revakzination ohne gesetzlichen Impfzwang hinter dem Erforderlichen zurück. Ein solcher ist deshalb in Österreich unbedingt notwendig. Reuß (Wien).

G. Paul. *Neueres zur Impfung und zu den Impfergebnissen unserer jüngsten Wiener Notimpfungskampagne.* (Wiener med. Wochenschrift, 1915, Nr. 15, S. 618.)

Eine obligatorische Notimpfung kann die obligatorische, alljährlich sich wiederholende Hauptimpfung aller ungeimpften Kinder,

beziehungsweise Revakzination der Schüler nicht ersetzen (Notwendigkeit einer gesetzlichen Regelung des Impfwesens in Österreich). Dringend notwendig ist eine allgemeine Einigung über eine bestimmte Impfmethode und genaue Information der heranwachsenden Ärzteschaft über die Impfung. Der geeignetste Zeitpunkt für die erste Revakzination ist jener knapp vor Eintritt der Pubertät, in Zeiten der Blatterngefahr ist die Revakzination bei allen vor mehr als fünf Jahren Geimpften vorzunehmen. Eine Wiederholung der Revakzination bei ausgebliebener oder schwacher Reaktion nach kürzerem Intervall hat nur dann Sinn, wenn sich der betreffende Impfstoff bei Erstimpflingen als wirkungslos oder wenig wirksam erwiesen hat.

Reuß (Wien).

A. Kronfeld. *Zur Impftechnik.* (Wiener med. Wochenschr., 1915, Nr. 10, S. 459.)

Empfehlung eines Impftrepans mit kreisförmiger Schnittfläche (erzeugt bei F. Marconis Nachfolger Bachheimer und Schreiner, Wien).

Reuß (Wien).

Hygiene und soziale Medizin.

J. Tandler. *Krieg und Bevölkerung.* (Wiener klin. Wochenschr., 1916, Nr. 15, S. 445).

A. Szana. *Krieg und Bevölkerung.* (Wiener klin. Wochenschr., 1916, Nr. 16, S. 485.)

E. Stransky. *Krieg und Bevölkerung.* (Wiener klin. Wochenschr., 1916, Nr. 18, S. 555.)

Vorträge sozialhygienischen und bevölkerungspolitischen Inhaltes, welche auch dem Pädiater mannigfache Anregung geben.

Reuß (Wien).

Siegfried Weiß. *Zur Neuordnung der Säuglingsfürsorge in Österreich.* (Wiener klin. Wochenschr., 1918, Nr. 41, S. 1111.)

Der Artikel befaßt sich im wesentlichen mit einem Ministerialerlaß vom April 1918, in welchem die Richtlinien gegeben werden, nach denen die Fürsorge für die versicherungsfreien Frauen und Säuglinge geregelt werden soll. Da in dem Erlasse die für die offene Schwangerenfürsorge aufgestellten Forderungen nicht berücksichtigt sind, wird ein Ausbau der Stillkassenorganisation (nach Weiß) geplant, wie sie in den in Wien seit 15 Jahren bestehenden Einrichtungen des Vereines „Säuglingsfürsorge" vorgezeichnet ist.

Reuß (Wien).

Medizinalrat Dr. Eidam (Gunzenhausen). *Neun Jahre Säuglingsfürsorge durch die Hebammen des Bezirksamtes Gunzenhausen als Fürsorgerinnen.* (Münchener med. Wochenschr., 1919, Nr. 28.)

Zum Referat nicht geeignet.

Sachs (Leipzig).

Berichte.

Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde.

Sitzung vom 17. Jänner 1919.

Schmincke (a. G.) und **v. Pfaundler.** *Pathologisch-anatomische Demonstrationen mit klinischen Bemerkungen.*

Schmincke.

1. 6 Tage altes Mädchen mit Häufung von Mißbildungen des Darmkanals.

Anamnese. Normale Geburt. Brustnahrung. Seit Geburt häufiges Erbrechen. 3 Tage nach der Geburt Sistierung des Stuhls; bis dahin war noch Kindspech abgegangen, Darmsteifungen sichtbar. Zirka 4 Stunden nach Nahrungsaufnahme Erbrechen grünlichgelblicher Massen, von kotigem Geruch. Unruhige Nächte. Dauernde Gewichtsabnahme.

Operation unter der Diagnose: Mechanischer Ileus durch Meckelsches Divertikel. Pararektalschnitt. Starke Blähung der Dünndarmschlingen. Vom Nabel zieht zu einer Ileumschlinge ein wurmförmiger Strang. Unter diesem ist eine Dünndarmschlinge vorgefallen, deren proximaler Teil stark gebläht ist. Doppelte Abbindung des Stranges am Nabelende sowie am Darm. Exitus.

Obduktionsbefund. Beginnende Peritonitis. Mesenterium commune. Nähte in einer Ileumschlinge 50 cm oberhalb der Bauhinischen Klappe, am Nabelring. Abtragung eines Meckelschen Divertikels — Duct. omphalomesentericus. 35 cm oberhalb der Bauhinschen Klappe findet sich eine 2 cm lange Stenose des Dünndarmes, die eben noch für eine 2 mm dicke Sonde passierbar ist. Am Mesenterium der Schlinge keine Anomalien.

2. 6 Tage altes Mädchen mit kongenitaler Atresie des Duodenums. Seit Geburt Erbrechen. Starker Ikterus. Im Mekonium Bilirubin nachgewiesen.

Obduktionsbefund. Tromboarteriitis der Nabelarterien. Stärkste Auftreibung des Magens und obersten Teiles des Duodenums. Dünndarmschlingen zum Teil im kleinen Becken gelegen. Mesenterium straff gespannt. Verschluß des Duodenums dicht oberhalb der Einmündungsstelle der Vaterschen Papille. Demonstration des bemerkenswerten Situs an Photographie.

Diskussion.

v. Pfaundler: Klinisch war auf Grund des Gallenbefundes in dem reichlich abgeschiedenen Mekonium auf suprapapillären Sitz der Atresie geschlossen worden — wie man sieht — mit Recht. Dennoch wäre der Schluß nicht immer gerechtfertigt; denn es sind neuerdings Fälle von kompletter angeborener Darmatresie von infrapapillärem Sitz mit gallenhaltigem Mekonium bekannt geworden. In diesen Fällen muß sich naturgemäß der Darmverschluß erst nach Einsetzen der Gallenausscheidung ausgebildet haben, d. h. etwa im

vierten Fötalmonat, in dem die Länge des Embryo mindestens 10 mm beträgt. Solche Feststellungen sind von Bedeutung mit Bezug auf die neueren Annahmen über die Entstehung der Darmatresien. Tangler sowie Kreuter und Forßner lehren, es handle sich da um pathologische Persistenz eines physiologischen Verschlusses des Darmlumens, der durch epitheliale Wucherungen eintritt, wenn der Embryo eine Körperlänge von etwa 2—6 mm erreicht hat. Wie ersichtlich, wäre diese Hypothese mit den erwähnten Mekoniumbefunden bei tiefsitzenden Atresien nicht vereinbar.

Husler und Schmincke.

3. 3 Wochen alter Bub. Operierte Blasenektopie.

Bei Aufnahme typischer Befund einer Blasenektopie (unterhalb des Nabels eine zirka 5-Mark-Stück große dunkelrote, samtartige Schleimhautfläche, von Flüssigkeit überspült = hintere Blasenwand) und Epispadie.

Bei der Operation wurde die hintere Blasenwand teilweise exstirpiert und die Ureteren in das Rektum eingepflanzt. Schluß der vorderen Bauchwand. Tod an fibrinös-eitriger Peritonitis, ausgehend von einer nekrotischen Stelle der vorderen Rektalwand neben der Implantationsstelle der Ureteren. Erweiterung beider Ureteren und der Nierenbecken. Ureteritis, Pyelitis, Abszesse in Nierenmark und -rinde.

4. 7 Jahre altes Mädchen mit doppelseitiger Zystenniere.

Seit Geburt kränklich und Beschwerden im Leib Zusammenstoß mit Radfahrer, wobei es zu Boden geworfen wurde.

Laparatomie in der Annahme einer intraperitonealen Verletzung; diese jedoch nicht vorhanden, nur großes retroperitoneales Hämatom, besonders in der rechten Nierengegend. Daraufhin zweite Operation. Ausräumung des perirenalen Hämatoms und rechtsseitige Nephrektomie. An Stelle der Niere war ein zystischer Sack vorhanden — Zystenniere.

Obduktionsbefund: Ausgedehntes retroperitoneales Hämatom. Die rechte Niere operativ entfernt. Die linke Niere großpflaumengroß: sie stellt ein vielzystisches, mit klarem Harn gefülltes Gebilde dar; die Größe der Zysten wechselt von Erbsen- bis Haselnußgröße; nur an einer Stelle war noch als Nierenparenchym ansprechbares Gewebe vorhanden. Auch mikroskopisch war das fast totale Fehlen des Nierengewebes festzustellen.

Als Todesursache ist die mit der Herausnahme der rechten Niere gegebene akute Insuffizienz der renalen Ausscheidung mit Urämie anzusehen; beide, wenn auch schwer veränderte Nieren zusammen vermochten noch den funktionellen Anforderungen zu genügen; die zystisch veränderte linke Niere allein konnte es nicht mehr.

Diskussion.

v. Pfaundler.

Drachter: Der Patient wurde am Tage nach der Verletzung eingeliefert. Es bestanden die Symptome einer Verletzung

von Baucheingeweiden. Harn wurde nicht entleert. Die Blase war leer. Deshalb wurde sofort Probelaparotomie vorgenommen. Bei dieser wurde die Anwesenheit von etwa einem halben Liter Blut in der Bauchhöhle festgestellt. Nach Entleerung dieser Blutansammlung: Revision der Bauchhöhle. Eine Verletzung intraabdomineller Organe wurde nicht gefunden. Dagegen war die rechte Niere von einem gut faustgroßen Hämatom umgeben. Die Bauchdecken wurden ohne Eingriff an der Niere primär geschlossen. Da auch am folgenden Tage noch vollkommene (reflektorische) Anurie bestand, wurde jetzt die rechte Niere durch Schnitt freigelegt. Das Hämatom wurde entfernt. Danach zeigte sich die ganze Niere in einen schlaffen hydronephrotischen Sack umgewandelt. Ein eigentliches Nierenparenchym war nicht mehr vorhanden. Die rechte Niere wurde deshalb exstirpiert.

Der Exitus erfolgte wegen Fortbestehens der reflektorischen Anurie.

Schmincke.

5. 13jähriger Bub.

Eitrige Thymitis bei allgemeiner Sepsis nach Osteomyelitis des linken Oberarms.

6. 14jähriger Bub mit Periostitis albuminosa.

Tumorhafte, die ganze Zirkumferenz einnehmende Verdickung der unteren Hälfte des linken Oberschenkels nach Trauma. (Sturz mit Aufschlagen des linken Oberschenkels und des Knies.) Keine Rötung der Haut. Bei Operation fand sich eine starke Verdickung des Periosts; es bestand aus einem schleimig-schwieligen Gewebe; in demselben kleine Eiterherde und eine Zerfallshöhle, welche mit zähflüssigem, schleimigem Exsudat gefüllt war. Mikroskopisch fand sich ein lymphozytär und plasmozytär infiltriertes Gewebe mit über große Strecken ausgebreiteten Lagern von Zellen mit wabigen (fettführenden) Protoplasmaleibern; außerdem hämosiderinpigmenthaltige Zellen.

Besprechung des relativ seltenen Krankheitsbildes und Vorweisung der charakteristischen histologischen Eigentümlichkeiten an der Hand von Diapositiven.

7. 1½ Jahre alter Bub. Klinische Diagnose Lungentuberkulose.

Zwei Stunden vor dem Tode traten Blutungen am Arm, Bein und Skrotum auf; vorher hatten an denselben Stellen intensive Ödeme bestanden, die 11 Stunden vor dem Tode zurückgegangen und zur Zeit des Todes vollständig verschwunden waren.

Bei der Obduktion fanden sich ausgedehnte flächenhafte Blutungen am rechten Ober- und Unterarm, an der Vorderseite des linken Knies, an der Gesäßgegend, am Skrotum. Der linke Hoden war total hämorrhagisch infarziert. In den Lungen käsige und kavernöse Tuberkulose; käsige Tuberkulose der Bifurkationsdrüsen; tuberkulöse Peritonitis; Miliartuberkel in Leber und Milz. Dilatation des Herzens. Parenchymatöse Degeneration des Myokards.

Die mikroskopische Untersuchung der durchbluteten Haut ergab das Korium und Stratum subcutaneum mit flächenhaften Blutungen durchsetzt; die Venen des Stratum subcutaneum frisch thrombosiert. Im Hoden fand sich eine totale Durchblutung der Septula testis und der Hodenhüllen. Die Venen der Tunica vasculosa waren frisch thrombosiert.

Es handelt sich in dem Fall um eine sub finem vitae zustande gekommene ausgedehnte Thrombenbildung der oberflächlichen Venengebiete der Haut und des Hodens, analog der in seltenen Fällen bei Kindern mit ulzeröser Lungentuberkulose auch in den großen Venenstämmen beobachteten Thrombenbildung, von der Vortragender schon einmal einen Fall — obturierende Thrombose der Vena cava und ihrer Äste bei einem $1^3/_4$ Jahre alten Kinde — in der Gesellschaft demonstriert hat.

Diskussion.

v. Pfaundler: Die sub finem auftretenden multiplen Hautblutungen konnten klinisch nicht sicher gedeutet werden, da das Bild weder einem M. Werlhof noch einer Schönlein-Henochschen Purpura entsprach. Es handelte sich um eines jener Blutungsübel, die im Gefolge von Infektionskrankheiten auftreten, von den beiden vorerwähnten Typen der hämorrhagischen Diathese aber völlig abzutrennen sind und die überhaupt, strenge genommen, keine allgemeinen hämorrhagischen Diathesen darstellen, sondern vielmehr die Folgen von örtlichen Zirkulationsstörungen infektogenen Ursprunges, vergleichbar etwa der sogenannten hämorrhagischen Lues Neugeborener im Sinne Mračeks. Die Zusammenfassung dieser Blutungsübel mit den Schönlein-Henochschen Fällen unter der Bezeichnung „anaphylaktoide Purpura" scheint mir verfehlt.

Schmincke.

8. 8 Monate altes Mädchen mit Solitärtuberkeln im Halsmark.

In den letzten 3 Monaten dauernde Gewichtsabnahme und weinerliche Stimmung; auch bemerkte die Mutter, daß das Kind keinen Versuch mehr machte, sich aufzurichten und den rechten Arm nicht mehr bewegte und das rechte Bein weniger als das linke. Beim Greifen gebrauchte das Kind immer nur die linke Hand. Die Finger der rechten Hand waren in der Regel eingeschlagen und die Hand zur Faust geballt. Zunehmende Apathie. Nackenstarre. Allgemeine Krämpfe. Tod am 16. Mai 1914.

Obduktionsbefund. Disseminierte käsige Tuberkulose im linken Oberlappen. Käsige Tuberkulose der Bifurkations- und Hilusdrüsen. Miliartuberkulose von Leber und Milz, Nieren. Tuberkulöse Basialarmeningitis. Kein Solitärtuberkel im Hirn. Dura mater spinalis ist im Bereich der Halsanschwellung mit der Pia verklebt. Die Verklebungen sind ziemlich fest und schwer lösbar. Die Gegend der Halsanschwellung ist besonders nach rechts hin

olivenförmig verdickt. In der Pia ventral und dorsal kleine Knötchen. Auf Querschnitten zeigt sich, in dem 6. Zervikalsegment, fast die ganze Höhe desselben einnehmend, ein großerbsengroßer, kugeliger, käsiger Herd, der im Bereich der dorsalen Hälfte noch nach links über die Mittellinie hinübergreift.

Demonstrationen des seltenen makroskopischen Befundes und der mikroskopischen Bilder an Diapositiven.

Diskussion.

v. Pfaundler: Der Tuberkel war klinisch diagnostiziert worden neben der basilären Meningitis. Jedoch hatten wir seinen Sitz mit Wahrscheinlichkeit in die linke Gehirnrinde verlegt, da es sich um eine spastische Monoplegie gehandelt hat. Nach dem wahren Sitze des Übels wäre eine Brown-Sequardsche Lähmung zu erwarten gewesen. Andeutungen einer kontralateralen Oberflächenanästhesie unterhalb der Läsion sind aus der Krankengeschichte zu entnehmen; doch traten sie bei dem schwerkranken Säugling nicht deutlich genug hervor, um zu einer Lokalisationsdiagnose zu führen. Die Haltung des Armes ist mit der Annahme spastischer Lähmung der unter dem 6. Halssegment gelegenen Muskulatur der oberen Extremität wohl vereinbar, da vorwiegend Beugung im Handgelenk, Adduktion des Daumens und Streckung der distalen Fingergelenke bestand; jedoch konnte diese Haltung auch für eine zerebrale gedeutet werden (vgl. zerebrale Kinderlähmung!); das Freisein des Schultergelenkes wäre nach der Topographie der Zentren an der Hirnrinde mit einer strenger umschriebenen Läsion an dieser Stelle auch erklärbar geworden. Die auf Spinalerkrankung sicher verwertbare schlaffe und degenerative Lähmung entsprechend dem erkrankten Segmente selbst ist gar nicht in Erscheinung getreten — offenbar deshalb, weil kein Muskel der oberen Extremität des Armes vom 6. Halssegment allein versorgt wird. Auffallend ist, daß sich das rechte Bein wieder erholen konnte. Offenbar sind im Vorderhorn gewisse Bahnen doch intakt geblieben oder wieder wegsam geworden, was wir bei Gehirntuberkeln öfter feststellen konnten.

9. 15 Jahre altes Mädchen mit akuter Poliomyelitis.

Plötzlicher Krankheitsbeginn mit hohem Fieber, Benommenheit; Lähmungen an Armen und Beinen. Tod am zweiten Tag. Bei Sektion hochgradiges Ödem der Hirn- und Rückenmarkssubstanz; in den verschiedenen Höhen des Markes ist die graue Substanz noch eben als solche erkennbar; ihre Abgrenzung gegen die weiße Substanz unscharf. Die Schnittfläche des Markes infolge der hochgradigen ödematösen Durchfeuchtung glasig.

Mikroskopisch typischer Befund: Starkes Ödem der Rückenmarksmasse besonders im Halsmark; in den Vorderhörnern ausgesprochene perivaskuläre, besonders perivenöse lymphozytäre Infiltration. Degeneration der Ganglienzellen mit starker perizellulärer Infiltration und „Neuronophagie". Auch im Hirn (vordere Zentralwindung) fleckige lymphozytäre Infiltration um die großen

und kleinen Pyramidenzellen. Demonstration der mikroskopischen Bilder an Diapositiven.

Diskussion.

Schneider und Kaumheimer.

Husler: Teilt auf eine Anfrage Schneiders über die Verbreitung der Heine-Medinschen Krankheit im Kriege mit: Bis Spätherbst 1914 wies das Material der Kinderklinik München noch gehäufte Fälle auf, offenbar als Ausklingen der Epidemie 1913/14. Im Jahre 1915 und in den folgenden Kriegsjahren kamen nur ganz vereinzelte Erkrankungen — nicht mehr als in normalen Friedensjahren — zur Beobachtung. Der letzte Fall datierte vom Oktober 1918, war aus München.

10. 10 Wochen altes kongenitalluetisches Kind mit Pachymeningitis haemorrhagica interna, luetischer Leptomeningitis cerebrospinalis, Hydrocephalus internus.

Besprechung des pathologisch-anatomischen Befundes unter Vorweisung von Diapositiven.

Als das die Pachymeningitis haemorrhagica auslösende Moment ist bei dem luetischen Kind das Geburtstrauma anzusehen. Ausführliche Publikation der seltenen Beobachtung an anderer Stelle.

Diskussion.

v. Pfaundler: Klinischer Bericht über den die vorgezeigten Präparate liefernden Krankheitsfall und Begründung der Diagnose Pachymeningitis haemorrhagica. Für den vorliegenden Fall scheint die Annahme des Vortragenden, daß ein wenn auch nur in physiologischem Maße gegebenes Geburtstrauma die Blutung aus den luetisch erkrankten Duralgefäßen verursacht hat, durchaus plausibel. Den Zusammenhang mit Geburtstrauma (auch bei normalem Geburtsverlauf) haben wir selbst dann gelegentlich angenommen, wenn im Gegensatz zum vorliegenden Fall eine geraume Latenzzeit bis zum Auftreten gröberer Krankheitszeichen verstrichen war — so beispielsweise in einem jüngst von dem ärztlichen Kindsvater genau beobachteten Falle —, der am 16. Lebenstag mit Krämpfen und Erbrechen erkrankt, bei der Aufnahme Benommenheit und Status eclampticus, bei der Lumbalpunktion eine mindestens zwei Wochen zurückliegende Blutung darbot und in dem die Obduktion unsere Diagnose auf hämorrhagische Pachymeningitis luetischer Basis bestätigte. Es darf daran erinnert werden, daß auch Mraček die kombinierte Wirkung von luetischer Gefäßerkrankung und Geburtstraume für ein Blutungsübel der Neugeburtsperiode verantwortlich gemacht hat. Finkelstein spricht von einer geburtstraumatischen Form der Pachymeningitis ohne luetische Grundlage.

In anderen Fällen dürften die Verhältnisse aber anders liegen, besonders dann, wenn die ersten Zeichen erst im dritten Lebensmonat oder noch später hervortreten und wenn sie für sukzessive, kleine, öfter wiederkehrende Blutungen sprechen. Rosenberg

hat solche Pachymeningitis haemorrhagica mit vielen apoplektiformen Attacken in erstaunlicher Häufigkeit bei Säuglingen aus dem Berliner Waisenhause beobachtet und ist der Meinung, es handle sich nicht so sehr um Entzündung und Exsudation, als vielmehr um Stauung mit Transsudation, bedingt durch Thrombose des Sinus cavernosus, die seiner Vermutung nach durch die Venen der chronisch entzündlich erkrankten Nasenschleimhaut fortgeleitet wurde. Die Rhinitis wäre das Bindeglied und diese könnte ebensowohl durch Lues wie durch die endemische Säuglingsdiphtherie und -grippe hervorgerufen werden.

Ein dem klinischen Verlauf nach dieser Gruppe zugehöriger Fall, den Professor Dürck obduzierte, bot freilich weder Nasenerkrankung noch Sinusthrombose. Es scheint, daß das Krankheitsbild auf sehr verschiedene Weise entstehen kann.

11. 7½ Jahre altes Mädchen mit ulzeröser Laryngitis nach Diphtherie und großem durch Autoinokulation von Diphtheriebazillen entstammendem Geschwür der großen Labien und der Crena ani.

Diskussion.

v. Pfaundler: Bericht über den seltsamen Verlauf der erst spät in klinische Behandlung gelangten, mit schweren habituellen Bronchiektasien und mit Kropfbildung komplizierten diphtherischen Trachealstenose und Hautdiphtherie. Trotz negativen Bazillenbefundes und trotz des völlig uncharakteristischen Aussehens des Wundbelages (vgl. Anschütz und Kisskalt!) war wiederholt Diphtherieheilserum angewandt worden.

12. 4¾ Jahre altes Mädchen mit ausgedehnter Verätzungsnekrose der Speiseröhre durch Laugensteinlösung und konsekutiver Phlegmone des hinteren Mediastinums; Durchbruch in den Herzbeutel und die rechte Pleurahöhle; ausgedehnte Geschwürsbildung im Magen.

Diskussion.

v. Pfaundler: Das klinische Bild ließ hauptsächlich schwere innere Blutungen vermuten, gegen die sich (mit vorübergehendem Erfolge) die Therapie auch gewandt hat.

Angesichts der so häufigen und schweren Schäden durch Laugenmißbrauch drängt sich die Frage auf, wie man solchen Übeln vorbeugen könnte. Am ehesten geeignet schiene mir eine Verordnung, derzufolge mehr als 1%ige Lauge nur in denaturiertem Zustande, d. h. unter Zusatz einer stark und unangenehm riechenden Substanz in Handel kommen dürfte. Der Geruchszusatz müßte ein stark flüchtiger sein (etwa Ammoniak oder ähnliches), damit die mit der Lauge gewaschenen Fußboden nicht durch längere Zeit einen übeln Geruch verbreiten.

13. 1 Jahr 11 Monate altes Mädchen mit ausgedehnter Schwielenbildung im Herzfleisch (Cirrhosis cordis). Ätiologie unbekannt, vermutlich Diphtherie.

14. 3½ Jahre altes Mädchen mit linksseitiger eitriger Koxitis nach Grippepneumonie vor 3 Wochen, periarthritischer Phlegmone und tödlicher Blutung aus dem durch den Eiterungsprozeß arrodierten Hauptstamm der Art. femoralis.

Diskussion.

Drachter.

Sitzung vom 14. Februar 1919.

Uffenheimer erstattet den Jahres-, Adam den Kassenbericht.

Jahresbericht (aus 1914): Es fanden 6 reguläre Sitzungen statt, eine verbunden mit dem Besuch der neuen orthopädischen Klinik, ferner die gemeinsame Tagung mit den südwestdeutschen Kinderärzten in Stuttgart. Von unseren Mitgliedern wurden in den regulären Sitzungen 7, in Stuttgart 6 Vorträge gehalten, zusammen 13, Demonstrationen 24. Dann wurde das Vereinsleben jäh durch den Krieg unterbrochen. — 1915 fand nur eine einzige Sitzung mit zwei Fürsorgevorträgen statt. — Mitgliederstand 53 (53). — Gefallen ist ein Mitglied (Drey in Grünwald). Ferner von jüngeren Herren, die sich, ohne Mitglieder zu sein, fleißig am Vereinsleben beteiligten, die Herren Heimann und Breuning.

Kassenbericht: Prüfung durch Dörnberger und Spanier. Decharge.

Vorstandswahl für 1919:

I. Vorsitzender: Professor Uffenheimer.
II. Vorsitzender: Hofrat Reinach.
Schriftführer: Dr. Benjamin.
Kassenwart: Dr. Adam.
Festsetzung des Jahresbeitrages (5 Mk). — Statutenberatung.

Goett. *Demonstrationen.*

1. 11jähriger Knabe, nicht schwachsinnig, aber psychopathisch, mit angeborener Wortblindheit; isolierter, wenn auch nicht hochgradiger Defekt auf dem Gebiete der optischen Sprache. Für solche nicht schwachsinnige Wortblinde eignet sich die Hilfsschule schlecht; sie bedürfen lediglich besonderen Nachhilfeunterrichtes im Lesen und Diktatschreiben.

2. 17jähriges Mädchen mit seit dem zweiten Lebensjahr bestehender, seit drei Jahren stationärer sogenannter Myositis ossificans progressiva; schwere Wachstumsbehinderung des Thorax durch die Knochenmassen in der Schultergürtelmuskulatur, zahlreiche Exostosen, Mikrodaktylie beider Daumen und Großzehen. Vor Jahren vorgenommene entspannende Operationen

verfehlten ihren Zweck, da in ihrem Narbengewebe neue Knochenbildungen entstanden.

3. Vorweisung von Temperatur- und Gewichtskurven tuberkulöser Säuglinge, entstammend einer Hausinfektion mit Tuberkulose auf dem Säuglingssaal. Auffallend ist das trotz der Infektion durch Wochen hindurch ungestörte Gedeihen der Kinder bis zum plötzlichen Ausbruch der klinisch manifesten Tuberkulose (75% Mortalität).

Diskussion.

Ad 1. Husler, Uffenheimer, Goett.
Ad 2. Husler, Goett.
Ad 3. Benjamin, Uffenheimer, Goett, Husler.

Referat von **Dörnberger**: *Zum Ersuchen der Inhaber von Vorschulen in Bayern, deren Beibehaltung zu befürworten.*

Es gibt eine Reihe von Kindern, welche, obwohl schulpflichtig und nach ihrem körperlichen und geistigen Zustande schulfähig, trotzdem in den großen Klassen der allgemeinen Volksschule nicht vorwärts kommen, geistig und leiblich Schaden erleiden können.

Diese zarten, blutarmen, schwächlichen, nervösen, manchmal eigenartigen Kinder bedürfen einer individuelleren Beobachtung in kleineren Klassen. Sie gehören nicht in die Hilfsschule, sollen auch nicht einzeln unterrichtet werden.

Solange die allgemeine Schule keine Sonderklassen für so Geartete hat, sind die Privatvorschulen für sie zu empfehlen.

Diese müßten allerdings dann nicht nur den begüterten, sondern allen Ständen offen stehen. Die Notwendigkeit der Befreiung vom allgemeinen Volksschulunterricht und des Unterrichtes in der besonderen Vorschule sollte nicht durch kurzes Zeugnis des Hausarztes begründet werden, sondern durch ausführliches Gutachten (Schulgesundheitsbogen) seitens des Haus-, Schul- oder Amtsarztes.

Ständige ärztliche Überwachung dieser Schulkinder muß, soweit sie nicht schon in den besseren Kreisen durch die Hausärzte geschieht, angestrebt werden.

Die privaten Schulgebäude unterstehen ja wie die öffentlichen der amtsärztlichen Kontrolle.

Die Schulvorstände haben für gesundheitlich einwandfreie, genügend große, gut gelüftete reinliche Unterrichtsräume, für Turnsaal und für genügende Zeit und Gelegenheit zu Erholung und körperlicher Kräftigung zu sorgen.

Ein Vorteil der privaten Vorschulen ist die Möglichkeit einer geringeren Stundenzahl, eines späteren Beginnes des Vormittagsunterrichtes und damit ein Mehr an Erholungszeit gegenüber der Volksschule, was gerade bei zarteren Kindern sehr zu beachten ist.

Diskussion.

Hecker stimmt im allgemeinen den Vorschlägen Dörnbergers bei. Die Privatschulen, so skeptisch man ihnen auch

im Frieden gegenüberstand, waren im Kriege eine Wohltat, da die Volksschulen bei ihrer räumlichen Einengung durch das Militär den Ansprüchen bei weitem nicht mehr genügen konnten. Es ist bedauerlich, daß in der Frage der Privatschulen die Aufnahme ganz vom ärztlichen Zeugnis abhängig gemacht, daß also alle Verantwortung auf Schultern und Gewissen der Ärzte geladen wurde.

Adam: Ich glaube, daß die Privatschulbesitzer nicht recht befriedigt sein werden, wenn die Weiterführung ihres Betriebes von der Aufnahme von Kindern der unteren Klassen abhängig gemacht wird. Denn die wohlhabenden Eltern wollten doch die Kinder in Privatschulen geben, um die Schulinfektionen und den Verkehr mit „schlecht erzogenen" zu vermeiden. Die Angabe der Privatschulbesitzer, daß ein dringendes Bedürfnis für viele Kinder aus gesundheitlichen Gründen vorhanden sei, ist nach der bisherigen Praxis fadenscheinig. Ich war deshalb immer ein Gegner der Privatschulen, weil gerade den Kindern, die sie besuchten, größtenteils der Besuch der Volksschule aus psychischen und sozialen Gründen viel besser gewesen wäre. Unter der Voraussetzung, daß nur Kinder aller Bevölkerungsklassen, bei denen Bedenken gegen den Massenunterricht bestehen, Privatschulen besuchen dürfen, bin ich mit dem Antrag Dörnberger einverstanden, auf Ersuchen einer Behörde ein Gutachten der Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde zu erstatten.

Dörnberger: Schlußwort.

Die Dörnbergerschen Vorschläge gelangen danach zur einstimmigen Annahme.

Benjamin: *Über latente kongenitale Syphilis im späteren Kindesalter.*

1. Es gibt in München bei klinisch unverdächtigen Kindern der Pueritia ungefähr 3% mit sicherer latenter (wahrscheinlich kongenitaler) Syphilis.

2. Die Zahl der Wassermann positiven Münchener Schulkinder (3%) läßt sich mit jener der Münchener Neugeborenen (5·9%) leidlich in Deckung bringen. (Eine ausführliche Veröffentlichung erfolgt in einer Arbeit von Dr. B. Wirz, die in der Zeitschr. f. Kinderheilkunde erscheinen wird.)

Diskussion.

Keck: Benjamin gelang der Nachweis der Lues bei Kindern ohne Luesverdacht mit Hilfe der Original-Wassermannmethode. Bei Anwendung sogenannter verfeinerter Methoden ist eine noch höhere Ausbeute zu erwarten; so ist festgestellt, daß durch die Kaupsche Modifikation mehr positive Ausschläge erreicht werden (nach Kaup entsprechen 100 W.-R. + 143 K.-R. +; nach den Erfahrungen der I. medizinischen Klinik München 100 W.-R. + 127 K.-R. +; die Bakteriologische Untersuchungsanstalt fand auf 100 W.-R. + 125 K.-R. +). An der Bakteriologischen Untersuchungsanstalt

München sind an zahlreichen (über 250) Kinderseren (zum größten Teil aus Heilanstalten und der Universitätskinderklinik) vergleichende Untersuchungen angestellt worden; danach treffen auf 100 W.-R. + 258 K.-R. +; demnach fällt bei Kindern erheblich häufiger als bei Erwachsenen nur die Untersuchung nach K a u p positiv aus. Mangels genügender klinischer Angaben kann bisher der Wert der Kaupreaktion bei Kindern nicht sicher beurteilt werden. Zu beachten ist jedoch: Die Untersuchung von Kinderseren nach K a u p — am Material B e n j a m i n s — würde fast 16% Luetiker ohne Erscheinung ergeben, eine unwahrscheinlich hohe Zahl; dazu kommt, daß bei Kindern, welche negative Wassermannreaktion, aber positive Kaupreaktion ergaben, die Wiederholung 9mal unter 11 Fällen bei beiden Untersuchungsarten negatives Ergebnis hatte. Freilich kann bei Verfeinerungen der Syphilisreaktion eine Zunahme von Schwankungen, die schon bei der weniger empfindlichen Original-Wassermannreaktionmethode öfter vorkommen, nicht besonders auffallen. Trotz alledem scheint auch bei Kinderseren die Anwendung der K a u p schen Modifikationen einen gewissen Wert zu besitzen: so beschreibt Frau Dr. W i r z am Material B e n j a m i n s einen Fall, der bei der ersten Untersuchung nach Wassermannreaktion negativ, nach Kaupreaktion aber zweifelhaft, bei der zweiten Untersuchung nach 3 Wochen aber auch nach der Original-Wassermannmethode positiv war; weiterhin sind im gleichen Materiale einige Kinder vorhanden, die anamnestisch für Lues außerordentlich verdächtig sind und negative Wassermannreaktion, aber positive Kaupreaktion zeigen, endlich verfügt die Zusammenstellung der Bakteriologischen Untersuchungsanstalt über 5 sichere und 2 sehr verdächtige kongenital luetische Kinder, deren serologische Untersuchung zwar positive Kaupreaktion, aber negative Wassermannreaktion ergaben.

Daraus ergibt sich, daß eine positive Kaupreaktion bei negativer Wassermannreaktion beim Kind wenigstens mit Vorsicht aufzunehmen ist; daß damit die Luesdiagnose noch nicht ohneweiters mit Sicherheit gestellt werden darf, daß aber der Fall offenbar luesverdächtig und eine Wiederholung beider Untersuchungen dringend erforderlich ist.

S a e n g e r macht darauf aufmerksam, daß von der Prozentzahl 6·9 der wassermannpositiven Kinder die als Folge von Syphilis mazerierten 20 Kinder abgezogen werden müssen, was dann eine Prozentzahl von 5·9 ergebe. In seiner Arbeit sei es nicht klar genug zu ersehen, daß diese 1% luetischen, mazerierten Kinder mit unter die wassermannpositiven Kinder gezählt worden sind. Das ist aber der Fall und Syphilis wurde gerade bei diesen auf Spirochäten hin untersuchten Kindern am sichersten festgestellt. Außerdem starben von den 172 Kindern syphilitischer Mütter noch 17 innerhalb der ersten Woche in der Frauenklinik. Einige davon hatten positive Wassermannreaktion gezeigt, vor allem die mit manifesten Zeichen von Lues. Das reduziert die Zahl der mit positiver Wassermannreaktion aus der Anstalt entlassenen Kinder um ein weiteres, so

daß ungefähr 5—5½% herauskommen, einer Zahl, die mit der Vermutungszahl Benjamins völlig übereinstimmen würde.

Weiter sprechen Plaut, Mandelbaum.

Benjamin: Schlußwort.

Sitzung vom 28. März 1919.

Der Vorsitzende erinnert daran, daß die heutige Sitzung die hundertste der Gesellschaft ist.

v. Pfaundler zeigt vor der Tagesordnung einen fünfvierteljährigen Knaben mit dem typischen Bilde einer Myatonia congenita Oppenheim.

Auf Anfrage Uffenheimers konstatiert der Vortragende, daß er abortive Fälle dieses Übels, wie er einen mit diesem beobachten konnte, weiter nicht gesehen habe.

Referat von **Hecker** über: *Bessere Versorgung der Schwangeren, eine Forderung der Volkserhaltung.*

Die zunehmende Sterblichkeit der Säuglinge, besonders, wie es schien, der jüngsten Säuglinge während des vergangenen Winters, veranlaßte uns, durch die Fürsorgeschwestern eingehender nach dem Zustand der schwangeren Frauen forschen zu lassen. Wir hörten, daß diese Frauen auffallend mehr über Hunger klagen und daß sie vor allem auch von Angst erfüllt seien, sie könnten ihre werdenden Kinder nicht genügend ernähren und nicht gesund austragen. Vor allem würde die späte Gewährungszulage (vom 7. Monat ab) als ungerecht empfunden.

Nach Ansicht der Schwestern sei manche Frühgeburt als eine vielleicht gewollte Folge dieser Hungerangst anzusehen.

Auf unser Ansuchen, die Zulagen für Schwangere früher (vom 4. Monat ab) zu gewähren, wandte sich das Münchener Lebensmittelamt beziehungsweise sein ärztlicher Beirat an die Gesellschaft für Kinderheilkunde um gutachtliche Äußerung. Von der Gesellschaft mit dem Referat betraut, erlaube ich mir folgendes mitzuteilen:

Es ist die Frage zu beantworten: Ist bis jetzt schon irgend eine schädliche Wirkung des Krieges beziehungsweise der mangelhaften Ernährung auf die Kinder nachweisbar?

Zunächst möchte ich Ihnen einige Zahlen über den Verlauf der Säuglingssterblichkeit in den letzten Jahren vorlegen. Sie ersehen aus der Kurve ohne weiters, daß die Gesamtsterblichkeit innerhalb des ersten Lebensjahres im Jahre 1918 eine erhebliche Steigerung erfahren hat. Während sie im Jahre 1913 noch 13·7% der Lebendgeborenen, im Jahre 1916 sogar nur 12·5% betrug, stieg sie im Jahre 1918 auf 18%, also um 4·4%. Berechnen wir, wieviel von den Geborenen der einzelnen Jahre innerhalb der ersten vier Lebenswochen gestorben sind, so ergibt sich für 1913 der Prozentsatz von 5·6, für 1916 von 5·8 und für 1918 von 7·4. Also auch hier eine unverkennbare Steigerung um 27·5%.

Bei Verfolgung der monatlichen Sterblichkeit kann man das allmähliche Ansteigen vom Jahre 1917 ab beobachten.

In den ersten zwei Monaten dieses Jahres wird mit 24% Sterblichkeit eine Höhe erreicht, wie sie seit vielen Jahren in München nicht mehr beobachtet wurde.

Über die Körpermaße der Neugeborenen im Kriege liegen verschiedene Angaben vor, die mit Ausnahme der Arbeiten von Binz sich nur bis zum Jahre 1916 erstrecken. Kettner fand bei seinen „Kriegsneugeborenen" der Jahre 1915 und 1916 ausgesprochenes Untergewicht und hochgradige spastisch-motorische Erregbarkeit. Seine Angaben fanden von pädiatrischer und gynäkologischer Seite Widerspruch.

Schede fand ebenso wie Philipp Schmitt deutliche, wenn auch nicht hochgradige Untergewichtigkeit der Neugeborenen.

Binz, der auch das Jahr 1917 mit einbezieht, beobachtete eine Gewichtsdifferenz von etwa 3% im Körperumfang. Binz macht ebenso auf das bedrohliche Anwachsen der Zahl der Aborte aufmerksam.

Meine eigenen Beobachtungen, die ich einer im Entstehen begriffenen Dissertation von E. Windschild entnehme, beziehen sich zum erstenmal auch auf das Jahr 1918 und beruhen auf den Aufzeichnungen der Münchener Frauenklinik und der städtischen Geburts- und Sterberegister.

1. Das Geburtsgewicht betrug im Jahre 1914 (1. bis 4. Monat) 3306 g; im Jahre 1916 (1. bis 4. Monat 3300 g; im Jahre 1918 (1. bis 4. Monat) 3254 g. Wir haben also ein Minus von 46 g, gleich 1·4%.

2. Die Länge betrug im Jahre 1913 50·3 cm, im Jahre 1918 49·9 cm. Die Kinder waren also um 0·4 cm, gleich 0·8% kleiner.

3. Die Circumferentia occipito-frontalis: im Jahre 1913 35·1 cm, im Jahre 1918 34·5 cm. Der Unterschied beträgt minus 0·6, gleich 1·7%.

Wir stehen der Tatsache gegenüber, daß erstens die schwangeren Frauen Münchens mehr hungern als vor einem Jahre, zweitens die Säuglingssterblichkeit seit dem Herbst 1918 beängstigend in die Höhe geht, drittens die Aborte stark zunehmen und viertens die körperlichen Wertigkeiten der Neugeborenen einen, wenn auch noch kleinen, so doch unverkennbaren Rückgang zeigen. Diese Beobachtungen scheinen mir recht wichtig, zumal im Hinblick auf den anerkannten Egoismus des Fötus, der im Interesse der Arterhaltung alles an sich reißt, was an Nährmaterial verfügbar ist. Wird er in seinem Körperbestand angegriffen, dann geht es an die Reserve unseres Menschentums. Es ist ein Warnungssignal, das wir nicht überhören dürfen.

Ich bitte Sie, folgenden Forderungen von mir zuzustimmen und sie sobald als möglich dem Lebensmittelamt und anderen zuständigen Stellen zuzuleiten.

Ich beantrage:

1. Für Schwangere vom vierten Monat ab eine sofortige Zulage aus verfügbaren Heeresbeständen;

2. frühere Abgabe der bisherigen Sonderzuweisung von Milch und Brot für Schwangere schon vom vierten Monat ab;

3. Bevorzugung der Schwangeren als Schwerarbeiter.

„Diskussion.

Binz zeigt an der Hand von Ziffern, die sich auf die Ergebnisse der Arbeiten von Maron und ihm selbst aus der Universitätsfrauenklinik stützen, daß von einer akuten Gefahr, soweit die Neugeborenen in Frage kommen, nicht die Rede sein kann. Die Längenmaße blieben sich fast völlig gleich, die Gewichte und die Circumferentiae suboccip.-front. zeigen nur eine Abnahme von etwa 3%.

Etwas anders ist es mit dem Anwachsen der Abortfrequenz. Sie gibt leider zu den ernstesten Befürchtungen Anlaß, 1914 kamen auf 100 Geburten 6·7 Aborte, 1919 in den Monaten Jänner und Februar etwa 20%!! Die ersten 19 Tage des März aber brachten auf 140 klinische und poliklinische Geburten gar 53 Aborte!

Wenn diese erschreckenden Ziffern keine direkte Folge der Unterernährung sind, sondern ein Zeichen der allgemeinen Auflösung jeglicher Ordnung, so ist doch diese ihrerseits mit eine Folge des Hungers. Auch Binz begrüßt deshalb vom Standpunkte des Geburtshelfers jeden Schritt, der nicht nur die schwangeren Frauen, sondern unser gesamtes Volk aus dessen Banden erlösen und ihm geordnete Verhältnisse wiederzugeben vermag.

Jaeger (a. G.): Als Leiter der vom Verein Mutterschutz errichteten Beratungsstelle für Schwangere habe ich einen gewissen Einblick in die Ernährungsverhältnisse und Sorgen der Schwangeren bekommen. Im Jahre 1917 und 1918 sind 1265 Frauen beraten worden. Die Hauptsorge der Frauen war, ob sie die Geburt überstehen und das Kind stillen könnten; der Ernährungszustand der Frauen war der hier gewöhnliche, also reduzierte.

Ich habe bereits im Juli 1917 eine Eingabe an das Lebensmittelamt um bessere Ernährung der Schwangeren gemacht, leider ohne Erfolg. Ich erwähne das nur, damit Sie sehen, daß schon einmal der — erfolglose — Versuch gemacht worden ist, bessere Bedingungen zu erreichen.

Ich habe damals den Vorschlag gemacht, man möchte die Milchration erhöhen, und zwar auf folgende Weise: Die stillende Mutter erhält 1½ Liter Milch; diese Menge wird wohl nur in den seltensten Fällen von der Mutter getrunken, sondern ein Teil anderen Kindern und Personen gegeben. Man könnte, ohne die Stillende zu schädigen, leicht hier ¼ Liter abziehen und diesen ¼ Liter der Schwangeren zuführen, der damit, da sie nur ¾ Liter (d. h. eigentlich nur ½ Liter Vorzugsmilch + ¼ Liter gewöhnliche Milch) erhält,

sehr gedient wäre. Ich wiederhole diesen Vorschlag, da er keine neuen Mengen fordert; die Zulagen könnten aus den Beständen gewährt werden. — Die Hauptklage besteht aus den Beschwerden des Kriegsbrotes. Es ist auch ganz erklärlich, daß die Schwangeren, deren Abdomen durch den wachsenden Uterus bedeutend eingeschränkt ist — dazu kommen noch bei Mehrgebärenden die mehr minder hochgradigen Enteroptosen —, durch die blähende Kost bedeutend mehr irritiert werden als andere Frauen; die Klagen über Darmkoliken sind begreiflich und entsprechend häufig. Über den Wert der Brotzulage bin ich nicht im klaren; einen besonderen Nährwert stellt das Kriegsbrot ja nicht dar und lediglich ein „Füllsel" damit den Schwangeren zu geben, halte ich nicht für richtig. Ich wiederhole auch hierin meinen früheren Vorschlag, den Schwangeren eine geringe Mehlmenge statt des Brotes zu geben, sowie wir einmal dazu in der Lage sind.

Die Zahlen über die Gewichtsunterschiede der Kriegs- und Friedenskinder, die Becker und Binz aus der hiesigen Frauenklinik angeführt haben, sind mir nicht beweisend für eine Untergewichtigkeit der Kinder; die 40—50 g Unterschied sind doch viel zu gering. Im übrigen wissen wir ja, daß der Fötus sich als echter Parasit seine Nahrung von der Mutter holt; er läßt sich nicht schädigen, die Geschädigte wäre allein die Mutter.

Die Zunahme der Aborte, besonders der kriminellen, kann auch ich bestätigen; ich sehe darin aber nicht so sehr eine Folge der Nahrungssorgen, als vielmehr eine Folge der Desorganisation; die Leute haben die Furcht vor dem Staatsanwalt verlernt.

Den Schwangeren schon vom vierten Monat ab Zulagen zu gewähren, halte ich nicht für so unbedingt nötig; ich würde es begrüßen, wenn wir dafür mehr Lebensmittel — aber woher nehmen? — für die letzten drei Monate erreichen würden. Im übrigen möchte auch ich bitten, wenn irgend möglich, endlich an eine bessere Versorgung der werdenden Mutter zu gehen. Nicht auf die Quantität, sondern auf die Qualität der Kinder kommt es an. Wir brauchen gesunde, lebenstüchtige Kinder; dazu brauchen wir aber auch gesunde, nicht entkräftete Mütter. Lues und Gonorrhöe greifen erschreckend um sich; es ist nicht nötig, daß auch noch die Unterernährung unsere Nachkommenschaft und damit unser Volkswohl schädigt.

Eisenreich: Den Unterschieden zwischen normalen Kindergewichten und den für den Krieg gefundenen möchte ich auch nicht absolute Beweiskraft zusprechen. Es wäre doch nicht auszuschließen, daß eine relativ größere Reihe von Kindern infolge der psychischen Alterationen der Mutter einige Tage, vielleicht bis zu einer Woche früher geboren werden und daß dadurch auch die geringen Maß- und Gewichtsunterschiede erklärt werden könnten. Ich möchte aber im folgenden weniger den Kindern als den Müttern Rechnung tragen und betonen, daß in der Universitätsfrauenklinik allgemein klinisch nicht der Eindruck besteht, als ob die Frauen, die bei uns zur Geburt

kommen, besonders unterernährt wären. Insbesondere erscheint die Leistungsfähigkeit nicht herabgesetzt, insofern als die Frauen mit der Geburt ebenso schnell und gut fertig werden, wie das vor dem Krieg der Fall war. Wir können auch keinen Unterschied in dem Verhalten im Wochenbett feststellen, ebenso scheint die Stillfähigkeit der Frauen, soweit sich das in der kurzen Zeit des Aufenthaltes in der Klinik feststellen läßt, nicht herabgesetzt zu sein. Wir müssen aus unserem Material den Schluß ziehen, daß eine Unterernährung unserer Schwangeren nicht besteht und wir können es nicht als dringend geboten erachten, daß man vom vierten Schwangerschaftsmonat ab den Frauen erhöhte Zuweisungen gibt.

Natürlich ist es bei der allgemeinen Hungersnot selbstverständlich, daß, wenn Nahrungsmittel zur Verfügung stehen, diese den Frauen in der Fortpflanzungstätigkeit in erster Linie zugute kommen sollen. Ich möchte mich aber dahin aussprechen, daß es mir dann zweckmäßig erscheint, den stillenden Frauen und damit den Säuglingen erhöhte Nahrungsmittelrationen zuzuweisen.

Benjamin: Fortlaufende, genaue Beobachtungen an Säuglingen, die in den letzten $^3/_4$ Jahren unter Aufsicht einer Fürsorgestelle standen, haben ergeben, daß das Längenwachstum sowohl wie die Gewichtszunahme nicht hinter dem Friedensdurchschnitt zurücksteht. Auffallend war dagegen die ungewöhnliche Verbreitung der Rachitis. 85% aller (Brust-) Kinder hatten eine Kraniotabes. Ob diese Erscheinung mit den Kriegsverhältnissen in Zusammenhang zu bringen ist, muß — mangels ausreichender Kontrolluntersuchungen — zweifelhaft bleiben.

Es sprechen weiter: Fischler (Vorstand des Lebensmittelamtes), Husler und v. Pfaundler, zum Teil in längeren Ausführungen.

Hecker (Schlußwort): Aus der sehr interessanten Diskussion ergibt sich vor allem, wie gut es ist, daß praktische Lebensmittelversorgung und medizinische Wissenschaft nicht identisch sind; sonst müßten unsere Frauen und Kinder wohl noch lange Hunger leiden. Meine Anträge haben im ganzen mehr Widerspruch als Zustimmung erhalten. Widerlegt wurden die mitgeteilten Daten nicht, ihre Deutung war aber sehr verschieden.

Zunächst der Einwand von Eisenreich: Das verminderte Gewicht rühre nicht von Untermaßigkeit her, sondern davon, daß diese Kinder vermutlich zu früh geboren seien. Dagegen spricht wohl die gar nicht oder nur wenig verminderte Länge, besonders in den Mitteilungen anderer Autoren.

v. Pfaundler erscheinen die mitgeteilten Zahlen nicht beängstigend. Mir zweifellos. Wenn auch die Grippeepidemie mitschuldig an der Steigerung der Sterblichkeit in München sein mag, allein ist sie sicher nicht die Ursache; denn auch im Sommer und im Herbst hatten wir eine solche Epidemie und doch blieb die Mortalität noch in annehmbaren Grenzen. Maßgebend ist ja nicht die einzelne Zahl, sie kann Zufall sein, gravierend ist die Übereinstimmung meiner Beobachtungen mit denen anderer und das stetige langsame

Absinken der Maße der Neugeborenen und wie uns Benjamin gezeigt hat, auch des Gesundheitszustandes der größeren Kinder. Ob freilich der Ernährungsmangel allein verantwortlich gemacht werden darf, ist eine Frage, die sich schwer exakt beantworten läßt, da wahrscheinlich auch noch andere Momente mitwirken, aber Nahrungsmangel und Hunger sind die einzigen greifbaren Dinge, nachdem Sorge und Aufregung nicht mehr so in Betracht kommen, wie in den ersten Kriegsmonaten.

Sicher ist der Fötus der größte Egoist, der alles an sich reißt auf Kosten der Mutter; man sieht dies ja auch an den Schwangeren, welche chronisch erbrechen; sie bringen doch ganz gesunde vollmaßige Kinder zur Welt. Der Vergleich hinkt aber etwas; wenn diese Frauen auch vieles erbrechen, eine gewisse Menge Nahrung behalten sie doch und die besteht dann gerade aus sehr kompendiösen Stoffen, Fleisch, Eiern, Milch, feinem Gebäck, alles Dinge, die unseren Frauen nicht zu Gebote stehen und nach denen sie hungern. Meines Erachtens liegt gerade in diesem Verhalten der Natur eine ernste Warnung. Wenn der Körperbestand des Fötus vor allem geschützt wird und dieser nun anfängt nachzugeben, dann geht es schon meines Erachtens um die goldene Reserve.

Ähnlich verhält es sich mit der Muttermilch. Auch eine durch Krankheit und schwere Entbindung geschwächte Frau gibt schließlich so viel Milch als ihr Kind braucht; aber auch hier scheint die übliche Schutzwehr durchbrochen zu werden; unsere chronisch hungernden Frauen geben nicht mehr so viel und so lange Milch als dem Kinde nötig wäre. Ich kann dies noch nicht mit Zahlen belegen, aber die Berichte aus der Fürsorge sprechen ganz entschieden dafür.

Meine Herren! Sicher scheint mir, daß der Körperwert unserer Neugeborenen eine Neigung nach abwärts hat und noch sicherer ist, daß unsere schwangeren Frauen hungern, auch wenn wir ihnen beweisen, daß ihr Nahrungsbedarf theoretisch gedeckt ist. Wir müssen handeln und dürfen uns hier nicht dogmatisch erweisen. Ich leugne nicht, daß auch andere Lebensalter, so die heranwachsende Jugend, mehr Nahrung brauchen — für die kleinen Kinder ist zunächst ausreichend gesorgt —, aber das Wichtigste scheint mir heute, daß wir die Warnung der unscheinbaren Zahlen nicht überhören. Ich möchte von meinem Antrag nicht abgehen und bitte Sie nochmals, ihm zuzustimmen.

Der Vorsitzende schlägt die Ernennung einer dreigliederigen Kommission vor, welche die auf Grund der Diskussion gewonnenen Gesichtspunkte zusammenstellen und danach dem Lebensmittelamt konkrete Vorschläge vorlegen soll. Sie soll einen Geburtshelfer, einen Kinderarzt und einen Vertreter des Lebensmittelamtes umfassen. Es werden gewählt: Döderlein, Hecker und Fischler. —

Die für den 11. April angesagte Sitzung mußte aus politischen Gründen (Räterepublik) ausfallen.

Sitzung vom 23. Mai 1919.

Der Sitzungstag wird auf den Mittwoch verlegt.

Reinach: *Demonstrationen*: *1. Ein Fall von Verdacht auf Maul- und Klauenseuche.*

14jähriger Knabe erkrankte unter hochfieberhaften Allgemeinerscheinungen und Diarrhöen. Gleichzeitig Auftreten von dunkelroten Effloreszenzen an den Lippen, die sich rasch zu Blasen mit weißlichem und gelbem Inhalt umwandeln. Solche Vesiculae treten am Zahnfleisch und Wangenschleimhaut auf; sekundär aus den Blasen Ulzerationen am Zahnfleisch und Lippe. Kurze Zeit nach Auftreten dieser Effloreszenzen treten die gleichen Formationen an den Händen und Füßen auf, und zwar plantar und dorsal. Abheilung innerhalb 4—6 Wochen. Infektionsquelle nicht zu eruieren. Ein 9 Monate altes Schwesterchen bleibt gesund, ebenso die Eltern. Demonstration der Affektion in Photographie und koloriertem Ölbilde. Besprechung der Differentialdiagnose und der Pathologie beim Tiere.

Im Anschluß hieran berichtet Schmincke kurz über die durch ultravisibles Virus hervorgerufenen Krankheiten und demonstriert an der Hand von Diapositiven die bisher bekannten, zur Gruppe der Chlamydozoen — Schaudinn — gehörigen Erreger, darunter auch die verschiedenen Formen der Ricketsien und im Anschluß daran Fälle von Fleckfieber.

v. Pfaundler: Vor längerer Zeit habe ich gelegentlich auswärts und neuerdings wiederholt in München in der Kinderklinik sowie in der Privatpraxis Fälle gesehen, die nach der gegebenen Schilderung und insbesonders nach den von Reinach vorgelegten Bildern Ähnlichkeit mit seinen Krankheitsfällen haben. In den vermeinten Fällen meiner Beobachtung stellte sich heraus, daß unzweifelhaft eine Form von Erythema exsudativum multiforme (mit Herpes iris) vorlag unter Mitbeteiligung der Mundhöhlenschleimhaut. Die Diagnose wurde wiederholt von autoritativer dermatologischer Seite bestätigt. Über das Vorkommen solcher Stomatitiden ist in der Literatur nur sehr wenig angegeben, in der pädiatrischen so gut wie nichts. Die eigentümliche Krankheit, die vielleicht nicht allzu selten ist, verdient größeres Interesse. Sie hat mit der Maul- und Klauenseuche sicher nichts zu tun. Die Diagnose in den Reinach schen Fällen soll damit nicht angegriffen sein.

2. Ösophagusstenose, Hypertrophie und Dilatation der rechten Herzkammer, Infantilismus.

$3^3/_4$jähriges Kind mit Gewicht von 5900 g und 74 cm Körperlänge. Kam als Frühgeburt mit 1600 g Gewicht 8 Tage nach der Geburt in elendestem Zustande zur Aufnahme. Langsamste Körperentwicklung; das klinisch hervorstechendste Symptom: wochenlanges periodisch auftretendes Herauslassen der Nahrung und meist gleichzeitiges Herauserbrechen von Schleim und Blut. Die regurgitierte Nahrung war nicht angedaut, meist unverändert; konsistente Nahrung

wurde verweigert, so daß das Kind nur mit der kalorienreichen Malzsuppe mit 3% Fettzusatz ernährt wurde. In den Perioden der Nahrungsregurgitation Gewichtsstürze von oft 600—800 g innerhalb weniger Tage und häufig hohes, intermittierendes Fieber.

Exitus unter grippalen Allgemeinerscheinungen während einer kleinen Hausepidemie.

Sektionsbefund (Prof. Schmincke):

Striktur im untersten Dritteile des Ösophagus mit starker Verdickung der Wand und schwieliger Umwandlung der Innenfläche.

Dilatation und Hypertrophie der rechten Herzkammer.

4 Pulmonalklappen und 3zipflige Mitralklappe. Universelle Anämie und Ödem des Gehirns.

Zur Striktur: Die oberen zwei Drittel des Ösophagus zeigen sich spindelförmig erweitert; der untere Teil verengert mit verdickter Wandung. Hier ist die Schleimhaut von weißlich-schwieligem Glanze. Diese Stelle hebt sich scharf gegen die leicht gerötete und geschwollene Schleimhaut des Magens ab. Mikroskopisch ergibt sich exquisites Narbengewebe der verdickten Wandung. Die Striktur wird vom Pathologen bestimmt als Ätzungsstriktur erklärt. Es müßte also in den ersten 8 Lebenstagen, vor der Aufnahme in die Anstalt, eine ätzende Flüssigkeit dem Kinde gereicht worden sein, worüber anamnestisch nichts zu eruieren war.

Demonstration von Kurve, Photographie und des Ösophagus- und Herzpräparates.

Diskussion.

v. Pfaundler.

3. Pylorushypertrophie, mit starker Erweiterung des Magens.

Verdickung lediglich der Ringmuskulatur der Pylorusschichte bei ganz dünner Längsmuskelschichte.

Das $2^3/_4$ Monate alte Kind wurde in höchst abgemagertem Zustande mit einem Gewichte von 2730 g, Temperatur von 35·5 eingeliefert. Klinisch waren die typischen Erscheinungen der Pylorusstenose vorhanden. Unter Darreichung kleinster Mengen Brustmilch abwechselnd mit abgerahmter Kuhmilch + 3% Weizenmehl Besserung des Erbrechens. Am dritten Tage des Aufenthaltes erliegt das Kind einem schweren eklamptischen Anfalle. Das Erbrechen hatte bereits 4 Tage nach der Geburt begonnen.

Die Sektion (Prof. Hueck) ergab:

Magen stark um ein Drittel erweitert, Muskelschichte kräftig ausgebildet. Die gesamte Dicke der Magenwand in der Fundusgegend 1 mm. Pars pylorica ist zu einem fast zylindrischen Wulst kontrahiert. Die Muskelwand 4 mm dick auf eine Länge von $2^1/_2$ cm. Schleimhaut in der Pars pylorica in starke Falten gelegt.

Mikroskopisch zeigt der Magen im Bereiche der Ringmuskelschichte der Pars pylorica starke Verdickung, während die Längsmuskelschichte außerordentlich schmal erscheint (fast dünner als in normalen Vergleichsmägen).

Der Fall ist dadurch bemerkenswert, daß lediglich die Ringmuskelschichte des Pylorus verdickt ist bei dünner Längsmuskulatur und daß eine echte Dilatatio des Magens bei starker Muskelwandschichte vorhanden ist.

Möglicherweise also handelt es sich hier um einen Fall von angeborener starker Anlage der Pylorusringmuskulatur; dafür spricht auch der Beginn des Erbrechens schon am 4. Lebenstage und die mit $2^3/_4$ Lebensmonaten schon vorhandene starke echte Dilatatio des Magens.

Diskussion.

v. Pfaundler.

Reinach (Schlußwort). Reinach bespricht nochmals die Hauptpunkte aus den demonstrierten Fällen und bleibt auf den aus seinen Demonstrationen gezogenen Schlüssen bestehen.

v. Pfaundler: *Der Einfluß des Krieges auf die Körpermaße von Münchener Schulkindern.* (Erscheint in der Münchener med. Wochenschr.)

Sitzung vom 27. Juni 1919.

Diskussion zu dem in der letzten Sitzung gehaltenen Vortrag **v. Pfaundlers**:

Uffenheimer erläutert an der Hand zahlreicher Kurven und Diagramme (von Schulkindern), welch kolossale Rolle bei der Ernährung der Münchener Bevölkerung das „Hamstern" spielt und weist darauf hin, wie vorsichtig man infolgedessen gerade unter den Münchener Verhältnissen bei der Beurteilung der Einwirkung der Rationierungsmaßnahmen sein müsse.

v. Pfaundler (Schlußwort): Die wertvollen Erhebungen Uffenheimers bestätigen die von mir gemachte Annahme, daß in allen Kreisen der Bevölkerung, insbesondere auch in der unbemittelten, illegale Lebensmittelzufuhr für Erwachsene und Kinder in solchem Maße statthatte, daß die Lebensmittelration als eine rein fiktive Größe angesehen werden muß, ferner, daß eine wirkliche Unterernährung beim Gros der Kinder nicht vorlag. Daß die Erfahrungen des Krieges bezüglich der Körperlänge von Kindern besser situierter Städter meine im Frieden gemachte Annahme von einem künstlich und einseitig präzipitierten Längenwachstum bestätigen, hat unterdessen auch Schlesinger unabhängig von mir festgestellt.

v. Pfaundler: *Demonstrationen über einen Typus kindlicher Dysostose.*

Vortragender stellt zwei Kinder vor, die in weitgehender Übereinstimmung einen anscheinend recht scharf umschriebenen Typus von Abartung illustrieren. Es handelt sich um Kinder aus gesunder

Familie, die, ohne gröbere Besonderheiten geboren, im Laufe des ersten Lebensjahres auffällig werden durch Ausbildung einer tiefsitzenden, ziemlich spitzwinkligen lumbodorsalen Kyphose, ferner einer eigenartigen Mißstaltung des Schädels, einer Verspätung in der Dentition, in der Erwerbung statischer Leistungen und in der Sprachentwicklung. Die beiden Kinder kamen dem Vortragenden im Alter von etwa zwei Jahren erstmalig zu Gesicht; das eine von ihnen ist seither fünf Jahre alt geworden. Es handelt sich um fette Zwerge von untersetzter Statur und auffallend plumpem Skelett. Die Schädelform ist in einem Falle entstellt durch Stauung nach oben (Oxykephalie), im anderen Falle durch bucklige Vorwölbung der vor der Kranznaht gelegenen Teile, in beiden Fällen durch kielartiges Vorragen von Stirn- und Pfeilnaht, durch Persistieren der von wulstig verdickten, teilweise kraterförmig aufgeworfenen Rändern umgebenen Fontanelle und von Nähten. Nur die Kranznaht war in beiden Fällen frühzeitig verwachsen und eingesenkt. Am Hinterhauptsbein bestehen wulstige Verdickungen. Die Nasenwurzel ist eingesunken, die Nase breit, die Lippen sind verdickt, der Alveolarfortsatz maßig, der Gaumen hoch. Am Thorax zeigt das eine Kind eine Trichterbrust, das andere eine leichte Hühnerbrust; die Rippen sind derb, die Schlüsselbeine plump. Der vorgetriebene Unterleib trägt einen Nabelbruch, in einem der Fälle überdies zwei große Leistenbrüche. Die Knochen der Glieder sind massiv, die Hände tatzenförmig, die Finger stehen in leichter Beugekontraktur und nach der Daumenseite konkav. Die Epiphysen der Vorderarmknochen erscheinen verdickt, doch handelt es sich nicht um eine Knochenauftreibung. Es besteht Cutis laxa, Hypertrichose, Schnurrbartbildung, starke Brauenentwicklung und Lanugobildung. Die Venen an der Stirne sind verbreitert. Leichter Milztumor und Anämie. In beiden Fällen liegt erhebliche diffuse Trübung der Hornhaut vor, die von Fachärzten für angeboren bezeichnet wird, in einem Falle auch Hydrophthalmie. Mäßige Hörstörung. In psychischer Hinsicht ist die geringe Regsamkeit und besonders die Rückständigkeit in sprachlicher Hinsicht hervorzuheben. Idiotisch sind die Kinder nicht; ihr Benehmen und ihr Ausdruck läßt sie nicht völlig verständnislos oder teilnahmslos erscheinen.

Wassermann- und Pirquetreaktion negativ.

Der Vortragende erörtert die in Betracht kommenden Differentialdiagnosen. Alles auf Rhachitis zurückzuführen, scheint unmöglich. Wirklich beweisende Zeichen für Rhachitis fehlen oder sind nur andeutungsweise vorhanden (Rosenkranz, Kraniotabes, Dekurvationen und Infraktionen; das Röntgenbild der Hand läßt florid rhachitische Veränderungen hier sicher ausschließen). Die Fingerkontraktur und die angeborene Hornhauttrübung können keinesfalls rhachitischer Natur sein. Hypothyreose könnte wohl nur in Form des sporadischen Kretinismus in Betracht gezogen werden. Einzelnes spricht dafür, vieles dagegen. Es fehlen Veränderungen hypothyreotischer Art an Haut, Haaren, Nägeln; der Gesichtsausdruck erinnert an keinen der kretinistischen Typen; die Lidspalte ist weit

geöffnet, die Fontanelle kraterförmig, die Knochenkernentwicklung verhältnismäßig wenig retardiert), an den Diaphysenenden fehlt die Randlamelle. Die Reaktion auf Homatropin und Pilokarpin wäre vielleicht mit Hypothyreose vereinbart, jene auf Adrenalin ist anderer Art. Monatelange Behandlung mit Schilddrüsenpräparaten erzielte weder ein beschleunigtes Wachstum noch eine Gewichtsverminderung, noch Fortschritte in statischer und geistiger Hinsicht (bei dem älteren Knaben); Patient hat seit dem Alter von zwei Jahren so gut wie nichts zugelernt.

Es wird weiterhin referiert über drei Formen von hereditärer Abartung mit vorwiegender Beteiligung des Skelettes, die dem demonstrierten Typus mehr weniger verwandt scheinen, nämlich über die Dysostosis cleido cranialis hereditaria (Scheuthauer, Marie und Sainton), die Dyostosis craniofacialis hereditaria (Crouzon) und die Dystrophia periostalis hyperplastica (Dzierzynsky). Mit all diesen Abartungen hat der vorliegende Typus manches gemein; mit keiner deckt er sich nach den vorliegenden Beschreibungen völlig. Die Scheuthauersche Krankheit bietet in allen kompletten Fällen schwere Bildungshemmungen an den Schlüsselbeinen. Die Schlüsselbeine sind auch bei dem vorliegenden Typus verändert, aber im Sinne der Hyperplasie und es kann die Frage entstehen, ob es sich da nicht bloß um eine Teilerscheinung allgemeiner Plumpheit des Skelettes handelt. Die Schädelform in den typischen Fällen jenes Übels weicht ab; auch ist bei der Dys. cl. h. der Intellekt vollkommen intakt. Höchstwahrscheinlich handelt es sich bei den demonstrierten Fällen um einen dieser Gruppe zugehörigen, durch gemeinsame und sehr markante Züge besonders ausgezeichneten Typus.

Diskussion.

Uffenheimer: Frage nach der endokrinen Ätiologie.

v. Pfaundler (Schlußwort): Für endokrine Ätiologie spricht nichts; vielmehr wird man es mit einer gekuppelten angeborenen und nicht obligaterweise familiären Abartung, die vorwiegend das Stützgewebssystem betrifft, zu tun haben. Die Stellung in dem Krankheitssysteme wäre dann etwa an der Seite der Arachnodaktylie und des Mongoloids.

Husler: *Demonstration von Erythema polymorphe.*

Anschließend an die Diskussion über Maul- und Klauenseuche beim Kinde in der letzten Sitzung demonstriert Husler einen Fall von schwerer Stomatitis, kombiniert mit polymorphem Erythem der Haut.

Die Stomatitis des 9jährigen Knaben besteht aus zwei Komponenten, einmal einer einfachen Rötung, Schwellung und Entzündung der gesamten Mundschleimhaut, besonders der Gingiva, zweitens aus aphthösen Gebilden auf Lippen, Bukkalschleimhaut, Tonsillen, Uvula, Zunge usw., teils herdförmig isoliert, teilweise konfluierend,

von grauer Farbe, äußerst schmerzhaft. Die Nahrungsaufnahme beschränkt sich mühsam auf Flüssiges.

Die Hauteffloreszenzen sind nach Lokalisation und Charakter als typisches Eryth. exs. multiforme anzusprechen. Sie sitzen auf den Streckseiten der Extremitäten und im Gesicht, der Rumpf ist frei. Es sind in Schüben erscheinende Flecke, teils mit zentralem Bläschen, teils mit konzentrischem Bläschenring, Remittierendes Fieber. Zirka 14tägiges Bestehen. Die Differenzierung gegen echte Aphthenseuche ist besonders gegeben durch das Fehlen der Panaritien und Onychien und durch den Umstand, daß die Erkrankung bei dem P. wiederholt rezidivierend innerhalb eines halben Jahres auftrat.

Diskussion.

Reinach, v. Pfaundler und Husler.

Drachter: *Demonstration zur Entstehung der schrägen Gesichtsspalte.*

Kaumheimer: *Über die Kombination von angeborener Mikrognathie und Trichterbrust beim Säugling.*

Angeborene Kleinheit des Unterkiefers wird am Lebenden nur sehr selten beobachtet. Meistens sind diese Fälle noch mit anderen Mißbildungen kombiniert. Schon infolge der erschwerten Nahrungsaufnahme gehen diese Kinder fast alle sehr früh zugrunde. Sowohl Mikrognathie wie Trichterbrust ist weitaus in der Mehrzahl der Fälle ätiologisch auf eine fehlerhafte Keimanlage zurückzuführen. Nur ausnahmsweise ist die Annahme mechanisch wirkender Momente zuzulassen.

Fall I (persönliche Mitteilung Dr. Grubers). Amelus, offenbar völlig ausgetragen, aber zu Kugelform zusammengerollt. Infolge stärkster Neigung des Kopfes auf die Brust bestand tiefe Trichterbrust, ferner eine Mikrognathie mäßigen Grades nebst Spaltbildung des linken Mandibularastes. Innere Organe und Gefäße normal.

Fall II (Göbell). Zweijähriges Mädchen. Mutter im dritten Monat wegen Graviditas uteri reflexi operiert (Aufrichtung). Kind geistig und körperlich gut entwickelt. Scheinbare Mikrognathie infolge großen medialen Unterkieferdefektes. Zunge nicht deutlich nachzuweisen. Ausgeprägte Trichterbrust.

Fall III (persönliche Beobachtung). Mädchen, 6 Wochen. Niemals rechte Stimme, stets Röcheln und Krächzen, erschwertes Trinken. Krämpfe. Stark untergewichtig. Unterkiefer deutlich zurückspringend. Karpfenmund. Zunge spitz. Aurikularfistel. Ausgeprägte Trichterbrust. Sehr schmaler, langer Thorax. Geräusch am Herzen. Exitus mit 12 Wochen.

Fall IV (persönliche Beobachtung). Knabe, 5 Monate. Der Vater des Kindes zeigte deutliche Mikrognathie. Auch die Mutter des Vaters soll dieselbe Deformität aufweisen. Normales Geburtsgewicht. Schlechtes Trinken. Erstickungsanfälle. Starkes

Untergewicht (2650 g) und Untermaße (Länge, Kopf, Brust), deutliche Mikrognathie (Vogelgesicht) und Trichterbrust. Trotz Sondenfütterung Gewichtsabnahme. Bronchitis. Exitus.

Fall V (persönliche Mitteilung Dr. Rotts). Mit 8 Tagen Schnarchen. Deutliche Mikrognathie. Mit 8 Wochen seitliche inspiratorische Einziehungen, späterhin stark sich ausbildende Trichterbrust. Wegen Thymushyperplasie (schwere Anfälle mit Zyanose und Atemstillstand) Operation. Exitus. Sektion: Status thymicolymphaticus und abnorme Lage des Thymusrestes.

Luftmangel, Schnarchen, Verschlucken usw. sind als Folge der Mikrognathie und des Zurücksinkens der Zunge anzusehen (das am Leben gebliebene Kind besaß nur einen kleinen Zungenwulst). Therapeutisch kommt Sondenfütterung in Betracht, Anheften der Zunge gegen das Zurücksinken kann versucht werden. Ätiologisch müssen für Fall I und II, die übrigens beide knöcherne Unterkieferdefekte aufwiesen, besondere Druckwirkung in utero angenommen werden. Für Fall III ist keine sichere Entscheidung möglich, doch weist das Herzgeräusch und die Ohrfistel mehr auf endogene Ursachen hin. Bei Fall V (Status thymico-lymphaticus) und bei Fall IV (Familiarität der Mikrognathie) ist mit Sicherheit auf eine fehlerhafte Keimanlage zu schließen. Für die letzten beiden Beobachtungen sind Mikrognathie und Trichterbrust somit lediglich als eine zufällige Kombination von zwei Deformitäten anzusehen.

Diskussion.

Drachter, Kaumheimer (Schlußwort).

Albert Uffenheimer (München).

Besprechungen.

Kleinschmidt. *Therapeutisches Vademekum für die Kinderpraxis.* (S. Karger, Berlin 1919. 196 S.)

Während in dem Brüningschen Vademekum dem Genius loci, dem Konservativismus, Rechnung getragen wird, geht durch das Kleinschmidtsche Buch ein frischer, kritischer, moderner Zug. Der Autor begnügt sich nicht nur mit lapidaren Rezepten und räumt erfreulich gründlich mit dem therapeutischen Urväterhausrat auf. Diesem Vademekum ist dringend ein großer Leserkreis zu wünschen.

Ich würde dem Autor raten, die Ausführung der Adenoidotomie, der Tonsillotomie nicht dem Praktiker zu überlassen. Im Interesse der Kinder. Meist kommt nichts Ordentliches dabei heraus. Ich gebe ferner den wohlbegründeten Rat, mit der Empfehlung des Kollargols nicht zu freigebig zu sein, sondern mindestens darauf hinzuweisen, daß lege artis ausgeführte intravenöse Kollargolinjek-

tionen regellos, völlig unvorhergesehen, allerschwerste Zufälle, ja den Tod zur Folge haben können.

Wenn vor der Anwendung von Naphthalin bei Darmparasiten gewarnt wird, dann sollte auch beim Ol. Chenopodii ein Hinweis auf die Gefahr der Ertaubung nicht unterlassen werden.

Klotz.

E. Klose. *Kinderheilkunde.* (Leipzig, Verlag der Buchhandlung des Verbandes der Ärzte Deutschlands, 1918. Mk. 4·80.)

Ein sehr durchgefeiltes, fleißiges Buch in Form von 105 Fällen aus dem Gebiet der Pädiatrie. Über die gewählte Form, den aufdringlichen Wechsel aller möglichen Druckstärken und die dadurch bewirkte Unruhe der Diktion, wird man verschiedener Meinung sein können. Didaktisch wird der Autor aber seinen Zweck vollkommen erreichen. Ich darf vielleicht darauf hinweisen, daß wir bei der Therapie des Ikterus nicht mehr an erster Stelle: cave Fett setzen, daß wir unter generalisierter Vakzine etwas anderes verstehen als den geschilderten Fall von Eccema vaccinatum. Die Therapie der Vulvovaginitis gonorrhoica ist zu kompendiös gehalten.

Klotz.

Brüning (Rostock). *Therapeutisches Vademekum für die Kinderpraxis.* 2. Aufl. (Ferd. Enke, Stuttgart 1919, 69 S.)

Dieser Typ von gänzlich unpersönlich und möglichst knapp gehaltenen therapeutischen Büchern dürfte heute nur noch als Teil von Medizinalkalendern oder Taschenbüchern Daseinsberechtigung haben. Und ein ganz besonderer Unstern ist es für das Brüningsche Werk, daß es gleichzeitig mit dem Kleinschmidtschen auf dem Büchermarkt erscheint. Klotz.

Samelson. *Repetitorium der Kinderheilkunde.* 3. Aufl. (Breitensteins Repetitorien.) (Verlag J. Ambros. Barth, Leipzig 1919. Mk. 4·40.)

Das Einpaukbüchlein für Kandidaten ist mit großem Geschick geschrieben. Beim Blättern fielen mir einige Kleinigkeiten auf. So werden bei der Therapie des Keuchhustens alle möglichen Mittel aufgezählt, die Argentum-nitricum-Pinselungen aber unerwähnt gelassen. Auch die lapidare Angabe, daß nach Czerny nur Neuropathen mit typischen Keuchhustenanfällen reagieren, andere nur mit Bronchitis, läßt Klarheit vermissen. Der Druckfehler: Pertussin ein Thymuspräparat, dürfte dem Examenskandidaten unter Umständen verhängnisvoll werden. Desgleichen die Angabe, daß das Heilserum durch Injektion von steigenden Dosen virulenter Diphtheriebazillen gewonnen wird. Klotz.

R. Gaupp. *Psychologie des Kindes.* (Aus Natur und Geisteswelt. Bd. CCXIII/CCXIV, 4. Aufl.) (Teubner, Leipzig, Berlin.)

Das anspruchslose Äußere läßt nicht vermuten, welche Gründlichkeit und Sorgfalt in dem kleinen Buch stecken, das seinen Zweck,

den Laien in das abgehandelte Gebiet einzuführen, nie aus dem Auge verliert. Klotz.

Langstein. *Ernährung und Pflege des älteren Kindes (nach dem Säuglingsalter).* (2. Aufl. Max Hesses Verlag, Berlin 1918.)

Alles Wissenswerte wird in anregender Darstellung, die besonders für den Laien berechnet ist, abgehandelt. Klotz.

Hans Eppinger. *Zur Pathologie und Therapie des menschlichen Ödems, zugleich ein Beitrag zur Lehre von der Schilddrüsenfunktion.* (Berlin, Verlag Springer, 1917.)

Aus dieser sehr interessanten und anregenden Arbeit seien nur folgende Punkte hervorgehoben. Eppinger ist, gestützt auf klinische Beobachtungen, von der Frage ausgegangen, ob nicht die mehr oder weniger große Neigung zu Ödemen bei Kranken in Beziehung zu einer schlechteren oder besseren Funktion der Schilddrüse steht. Er hat in einer Reihe von Fällen von Myodegeneratio cordis, namentlich in solchen, bei denen hochgradige Ödeme mit geringem objektiven Herzbefund vorhanden waren, ferner bei Nephrosen und Nephritiden mit nephrotischem Einschlag in der Schilddrüsensubstanz in Mengen von 0·3—0·9 g täglich ein vorzügliches Diuretikum gefunden, das in Fällen, in denen Digitalis, Diuretin und kochsalzarme Kost versagte, eine mächtige Harnflut hervorrief. Bei Ödemen infolge von Lungenemphysem und von renaler Sklerose war die Behandlung erfolglos, zweifelhaft bei Aszites infolge von Leberzirrhose, kontraindiziert bei Erscheinungen von Herzinsuffizienz infolge von Klappenfehlern und Koronarsklerose. Die diuretische Wirkung der Schilddrüse trat auch deutlich bei Blasenfistelkranken auf, bei denen Wasser und Kochsalz nach Schilddrüsenfütterung erheblich rascher, nach Schilddrüsenexstirpation aber erheblich langsamer als unter normalen Verhältnissen ausgeschieden wurden. Ferner zeigte es sich, daß bei schilddrüsenlosen Tieren subkutan eingeführte Kochsalzlösung erheblich länger unter der Haut liegen blieb als bei normalen Tieren. Auch bei Menschen hat Verf. eine große Anzahl von Versuchen angestellt, um zu entscheiden, ob die Schilddrüse direkt auf die Niere wirkt oder ob die diuretische Wirkung auf andere Weise zustande kommt. Auf Grund dieser Versuche kommt Verf. zu der Annahme, daß ein Teil der zugeführten Wasser- und Salzmengen von irgend einem Gewebe „schwemmartig" an sich gerissen wird, bevor sie zur Ausscheidung gelangen. Eppinger stellt sich weiter vor, daß analog, wie bei der Nephritis, in die Glomeruli auch unter gewissen pathologischen Bedingungen Eiweißkörper durch die Kapillaren in die Gewebsspalten treten können. Durch derartige kolloidale Körper könnten Wasser und Salze in den Gewebsspalten festgehalten werden. Durch Schilddrüsendarreichung würde ein reger Zellstoffwechsel erzielt werden. Infolgedessen würde das Eiweiß, das in der Gewebsspalte liegt, rascher abgebaut und dadurch wiederum die gebundenen Wasser- und Salzmengen für die Ausscheidung frei werden. Orgler.

Hans Hirschfeld. *Lehrbuch der Blutkrankheiten für Ärzte und Studierende.* (Mit 7 lithographischen Tafeln und 37 Textfiguren. Preis 32 Mk. und 20% Teuerungszuschlag.) (A. Hirschwald, Berlin 1918.)

Die großen Lehrbücher der Hämatologie sind zu umfangreich und setzen zuviel Spezialkenntnisse und Spezialinteresse voraus, als daß sie von Studenten und Ärzten zum Gebrauche beim Lernen und in der Praxis herangezogen würden. Dies will Hirschfelds Lehrbuch vermeiden; sein Grundriß bringt in gedrängter Kürze auf zirka 200 Seiten eine vollständige Darlegung der theoretischen und praktischen Hämatologie, ohne auf eine Diskussion der vielen kontroversen Fragen in der Hämatologie einzugehen.

Als besonderer Vorzug des Buches ist die genaue Beschreibung der Technik der mikroskopischen Blutuntersuchung (Zählung, Färbung usw.) zu bezeichnen; es werden nur erprobte Methoden, die praktische und diagnostische Bedeutung haben, geschildert, diese aber so dargestellt, daß man nicht Fachhämatologe sein muß, um sie ausführen zu können. Bei der Beschränkung, die sich der Autor auferlegt hat, konnten natürlich selbst wichtige Fragen nur kurze Erwähnung finden; dabei sind einige Kapitel, wie „Allgemeine Pathologie des Blutes" oder „Sekundäre Blutveränderungen bei Krankheiten" — den letzteren sind nur 10 Seiten gewidmet — allzu aphoristisch dargestellt, so daß der Lernende kaum genügend Orientierung finden kann.

Die besonderen Verhältnisse des Blutes im Kindesalter (Lymphozytose, Säuglingsanämie usw.) werden wohl nicht besonders besprochen, finden aber an passender Stelle entsprechende Erwähnung. Im Kapitel „Hämorrhagische Diathesen" wo Morbus Barlow, Skorbut, Purpura und Hämophilie abgehandelt werden, werden bei der Pathogenese der Purpura die Ergebnisse der Arbeiten von Glanzmann und Frank vermißt. Mit dem Kapitel „Leukämoide Erkrankungen" werden die Pädiater wohl nicht einverstanden sein können. Als leukämoide Erkrankungen faßt Hirschfeld eine Reihe von Affektionen zusammen, bei denen gelegentlich der hämatopoetische Apparat so intensiv reagiert, daß leukämieähnliche Blutbilder zustande kommen. Hierzu werden u. a. auch die „Angeborene Wassersucht" (fötale Leukämie), der „Status lymphaticus" und die „Anaemia pseudoleucaemia infantum" gerechnet. Eine solche Einteilung kann irreführend wirken; es erscheint mir zweckmäßiger, die Anaemia pseudoleucaemia infantum im Kapitel „Anämie" zu besprechen und sie als schwerste Form der Anämie des frühen Kindesalters aufzufassen, bei der die Reparation nach embryonalem Typus erfolgt.

Den Schluß des Buches bilden 7 Tafeln mit sehr guten färbigen Darstellungen von Blutzellen und Blutbildern.

Lehndorff (Wien).

Haglund (Stockholm). *Die Entstehung und Behandlung der Skoliosen.* Mit 146 Abb. (Karger, Berlin.)

Bezüglich der Entstehung der Skoliosen teilt der Verf. sie ein in: normale statische Skoliosen. Sie entstehen durch eine allgemeine Insuffizienz der Wirbelsäule ohne sonstige auffällige lokalisierte pathologische Insuffizienzursache. Sie sind in 80% linksseitig, nur in 20% rechtsseitig. Sie bilden eine primäre Lumbalskoliose mit rechtsseitiger sekundärer Dorsalskoliose, die wieder durch eine linksseitige sekundäre (beziehungsweise tertiäre) Zervikodorsalskoliose kompensiert wird.

Ihre Ursache ist nach Meinung des Verfs. eine zur Zeit des höchsten Wachstums des kindlichen Körpers auftretende Asymmetrie des Körpers, die sich in einem meist linksseitigen zu kurzem Bein und deshalb schräggestelltem Becken äußert.

Alle Fälle, in denen außer den statischen Ursachen noch andere mitwirken, sind pathologische Skoliosen: kongenitale, traumatische, paralytische, spastische, solche nach Knochen- und Gelenkleiden.

Je nach ihrer Herkunft ist auch die Behandlung eine verschiedene. Bei der normalen Skoliose genügt oft schon eine antistatische Behandlung, nämlich die Erhöhung eines Absatzes am Stiefel oder die Anbringung eines Korkkeils. Bei den pathologischen hingegen ist das ganze Rüstzeug der Orthopädie: Heilgymnastik, Massage, Übungstherapie usw. angebracht. Birk.

Schmorl. *Die pathologisch-histologischen Untersuchungsmethoden.* 8., neubearbeitete Auflage. (Vogel, Leipzig 1918.)

Die Schmorlschen „Untersuchungsmethoden" sind so bekannt, daß es einer besonderen Empfehlung nicht mehr bedarf. Die neue Auflage ist nach den Grundsätzen der früheren ergänzt und einer eingehenden Durchsicht unterzogen worden, so daß das Buch wieder ganz auf der Höhe der Zeit steht. Birk.

Gocht. *Handbuch der Röntgenlehre.* 5. Aufl. 320 Abbildungen (F. Enke, Stuttgart 1918.)

Für den mit Röntgeninstrumentarium arbeitenden Arzt ein unentbehrliches Buch. Klotz.

Holzknecht (Wien). *Röntgenologie. Eine Revision ihrer technischen Einrichtungen und praktischen Methoden.* I. Teil. *Fremdkörper, Verletzungen, chronische Eiterung.* Mit 407 Textabbildungen. (Urban und Schwarzenberg, 1918, K 50·—.)

Das Buch zieht die Folgerungen aus den Erfahrungen des Krieges. Die Technik hat sich in ungeahnter Weise weiterentwickelt. Die Methode der Ortsbestimmung ist durch die Steckschußverletzungen und die Fistelbildungen mächtig gefördert. Schließlich ist man auch zu Röntgenoperationen übergegangen. Über dies alles berichtet das Buch. Es ist mit zahlreichen Abbildungen ausgestattet und wird

für die chirurgische Röntgenpraxis wahrscheinlich eine sehr wertvolle Neuerscheinung sein. Birk.

H. Boruttau und **E. Stadelmann** (Berlin). *Leitfaden der klinischen Elektrokardiographie.* Mit 24 Textabbildungen. (Thieme, Leipzig.)

Das kleine Heftchen ist ein erweiterter Abdruck eines Aufsatzes der Verff. in der Deutschen med. Wochenschrift und gibt einen guten Überblick über die Technik und Leistungen der Elektrokardiographie. Birk.

R. Schmidt (Prag). *Klinik der Magen- und Darmerkrankungen.*) (Urban und Schwarzenberg.)

Der Inhalt des Buches besteht aus kurzen Krankengeschichten, an die sich in Aphorismenform gekleidete Erörterungen knüpfen, also eine etwas ungewöhnliche Art der Darstellung. Damit begrenzt sich das Buch seinen Leserkreis von selbst: es wendet sich nur an Leute, denen die Grundlagen der Klinik der Magendarmkrankheiten schon zu eigen sind, und denen es nur auf eine Vertiefung ihrer Kenntnisse ankommt. Pädiatrische Fragen werden nicht berührt. Birk.

Theodor Büchingen. *Ernährungsstörungen des Herzmuskels. Ihre Beziehungen zum Blutzucker und ihre Behandlung mit Traubenzuckerinfusionen.* (Leipzig, Verlag von F. C. W. Vogel, 1917.)

Büchingen berichtet über seine äußerst günstigen Erfolge bei schweren Herzerkrankungen mit intravenösen Traubenzuckerinfusionen (zweimal wöchentlich 200—250 cm^3 einer 10—20%igen Traubenzuckerlösung). Er bespricht die theoretischen Grundlagen dieser Behandlungsmethode und bespricht an der Hand von Krankengeschichten diejenigen Erkrankungen des Herzens, die auf eine Ernährungsstörung (Kardiodystrophie) zurückzuführen sind.

Orgler.

Ziehen. *Die Prinzipien und Methoden der Intelligenzprüfung (bei Kranken und Gesunden).* 4. Aufl. (S. Karger, Berlin 1918. Mk. 2·80.)

Es sei auf das wohlbekannte, in neuer Auflage erschienene, hier mehrfach besprochene und empfohlene Heft hingewiesen.

Klotz.

Kafka. *Taschenbuch der praktischen Untersuchungsmethoden der Körperflüssigkeiten bei Nerven- und Geisteskrankheiten.* (J. Springer, Berlin 1917. Mk. 4·—.)

Das mit sehr instruktiven Abbildungen ausgestattete Buch wird für Laboratoriumsarbeiten auf neurologischem und psychiatrischem Gebiet außerordentlich nützlich sein. Klotz.

G. Winter (Königsberg). *Die Indikationen zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft.* (Urban und Schwarzenberg, 1918, geb. K 21·—.)

Das Buch ist eine Sammlung zahlreicher Abhandlungen des Verfs. und seiner Schüler. Es werden systematisch alle Krankheiten bezüglich ihrer etwaigen Indikation zur Unterbrechung der Schwangerschaft geprüft, auch die nichtmedizinischen: die soziale, eugenetische und die durch den Krieg vielfach gegebene Notzuchtsindikation werden erörtert. Die Indikationen bei Gehirn- und Rückenmarkskrankheiten sind von dem Königsberger Psychiater Meyer behandelt. Birk.

Abel. *Bakteriologisches Taschenbuch*, 20. Aufl. (Würzburg, Kurt Kabitzsch, 1917.)

Das kleine, allgemein bekannte und beliebte Büchlein erscheint beinahe wie ein Kalender Jahr für Jahr. Über seine vorzüglichen Eigenschaften braucht nicht mehr berichtet zu werden; es ist das Taschenbuch des Bakteriologen. Einige Kapitel (Cholera, Rotz, Milzbrand, Tetanus) sind neu bearbeitet oder ergänzt. Einiges ist neu hinzugekommen (Gasbrand, Rotlauf, bakteriologische Fleischbeschau).

Hoffentlich erscheint bald die nächste Auflage, da in der vorliegenden die neuesten, in praktischer Hinsicht zum Teil sehr wichtigen Entdeckungen noch fehlen: Spirochaeten der Weilschen Krankheit, Weil-Felixsche Reaktion, die neueren Ergebnisse der Gasbrandforschung. Wenn auch der Raum eines Taschenbuches äußerst beschränkt ist, so erscheint mir doch unentbehrlich eine kurze Darstellung der biologischen Pockendiagnose. Auch einige Technizismen, die sich gut bewährt haben (Anreicherung von Lumbalpunktaten bei Meningitis tuberculosa durch Stehenlassen bei 37°, bei Meningokokkenmeningitis mit Traubenzuckerbouillon) verdienten erwähnt zu werden. Bessau (Breslau).

Schnirer. *Taschenbuch der Therapie.* 14. Ausgabe. (Kabitsch, Würzburg 1918.)

Das kleine Bändchen trägt ein starkes Kriegsgepräge: nur 16 neue Arzneimittel sind zu verzeichnen. Im übrigen bringt es Therapie genug, und wem es darauf ankommt, ein Rezept zu verschreiben, der findet bei ihm Rat und Hilfe im Überfluß.

Es enthält auch ein Kapitel „Säuglingsernährung", das von Knöpfelmacher (Wien) geschrieben ist.

Dieses Kapitel ist leider der dunkelste Punkt des Buches. Wer es liest, muß glauben, die Kinderheilkunde sei eine Probierstube, in der man bald Voltmers Muttermilch, bald Backhausmilch oder Biedertsches Rahmgemenge, Schloßsche molkenadaptierte Milch, Friedenthalsches Salzgemenge, Heubner-Soxhletsche Milchzuckermischungen, auch Szekelymilch, Pegninmilch — um nur einige der vom Autor genannten Methoden zu nennen — anwende. So werden dem Praktiker ganz veraltete neben noch gänzlich unerprobten Methoden genannt.

Birk.

Nitzelnadel. *Therapeutisches Jahrbuch.* (Deuticke.)

Das Jahrbuch erscheint bereits im 25. Jahrgang und hat damit den Beweis für seine Existenz wohl erbracht. Es bringt Referate aus den medizinischen Wochenschriften diagnostischer und therapeutischer Art und liefert dadurch eine recht gute Orientierung über die wichtigsten Neuigkeiten der praktischen Medizin. Birk.

Weichhardt. *Ergebnisse der Hygiene, Bakteriologie, Immunitätsforschung und experimentellen Therapie.*

Unter diesem Titel erscheinen seit 1914 die Jahresberichte über die Ergebnisse der Immunitätsforschung. In den vorliegenden drei Bänden sind zahlreiche speziell die Pädiater interessierende Abhandlungen, kritische Sammelreferate, auf welche hiermit verwiesen sei.

Im Band I: Fitzgerald, Neuere Forschungen über Poliomyelitis anterior in Amerika.

Süpfle, Das Wesen des Impfschutzes im Lichte der neueren Forschungen.

Band II: Tandler, Krieg und Bevölkerung.

Rott, Geburtenhäufigkeit, Säuglingssterblichkeit, Säuglingsschutz in den ersten beiden Kriegsjahren.

Band III: Solbrig, Übersicht über den jetzigen Stand der Schulgesundheitspflege mit besonderer Berücksichtigung der durch den Krieg geschaffenen Verhältnisse. Lehndorff (Wien).

L. Langstein. *Beiträge zur Physiologie, Pathologie und sozialen Hygiene des Kindesalters aus dem Kaiserin-Auguste-Victoria-Haus zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reiche.* (Zur Feier des zehnjährigen Bestehens des Hauses im Juni 1919.) Mk. 56.

Inhaltsverzeichnis.

Physiologie.

I. Landé Lotte, Entwicklung und Schicksal der im Kaiserin-Auguste-Victoria-Haus geborenen Kinder.

II. Bergmann E., Zur Frage der Beeinflussung der Brustkinder durch die Kriegsernährung der Mütter.

III. Edelstein F. und Langstein Leo, Das Eiweißproblem im Säuglingsalter.

IV. Bamberg Karl und Putzig Hermann, Die Herzgröße im Säuglingsalter auf Grund von Röntgenaufnahmen.

Pathologie.

V. Ylppö Arvo, Pathologisch-anatomische Studien bei Frühgeborenen.

VI. Langer Hans, Die Komplementbindungsreaktion bei Varizellen.

VII. Dollinger A., Über eigenartig verlaufende (latente) Formen von Meningitis purulenta acuta im frühesten Kindesalter.

VIII. Eitel Hans, Zwei Fälle von Hydrocephalus internus chronicus congenitus familiaris mit zwei verschiedenen Schädeltypen.

IX. Rhonheimer E., Die Prognose der Pyelitis des Säuglingsalters mit besonderer Berücksichtigung der Ätiologie.

X. Reiche A., Anhaltspunkte für die Prognose des Pylorospasmus und das fernere Schicksal der von der Krankheit geheilten Kinder auf Grund der im Kaiserin-Auguste-Victoria-Haus an 47 Fällen gemachten Erfahrungen.

XI. Usener Walther, Indikationen für chirurgische Eingriffe im Säuglingsalter.

XII. Pototzky Karl, Zur Methodik der Psychotherapie im Kindesalter mit besonderer Berücksichtigung der „Milieusuggestionsmethode".

XIII. Theile P., Zur Behandlung des Hydrocephalus internus im Säuglingsalter mit dem Balkenstich.

XIV. Langstein Leo, Die Ernährungsstörungen im Säuglingsalter. Theorie und Praxis.

XV. Thomas Erwin, Über „Lebensschwäche".

Soziale Hygiene.

XVI. Rott Fritz, Das Problem der Erfassung der fürsorgebedürftigen ehelichen Säuglinge.

XVII. Bahrdt Hans, Die Aufnahmebeobachtungsstation des Kaiserin-Auguste-Victoria-Hauses.

Anhang.

XVIII. Verzeichnis der wissenschaftlichen Arbeiten aus dem Kaiserin-Auguste-Victoria-Hause.

1. Experimentelle und klinische Arbeiten.
2. Arbeiten aus dem Gebiete der sozialen Hygiene und Fürsorge.

Die in der Festschrift enthaltenen Arbeiten sind mit Ausnahme von XIV, XV, XVI in Band 20 und 21 der Zeitschrift für Kinderheilkunde erschienen. Keller.

Inhalt.

Physiologie und allgemeine Pathologie. **Lipschütz.** *Paravakzine 105.* — **Pirquet.** *Traumatische Kutanreaktion 105.* — **Diagnostik.** **Hamburger.** *Der psychogene Kremasterreflex 106.* — **Holitsch.** *Röntgenbefunde bei tuberkulin-negativen Erwachsenen 106.* — **Einthoven. Meerburg. Endtz.** *Bindeelektroden 106.* — **Behandlung und Pflege.** **Brunner. Schwarz.** *Einfluß der Röntgenstrahlen auf das reifende Gehirn 106.* — **Pharmakologie und Toxikologie.** **v. Groer.** *Biologische Wertbemessung gefäßverengernder Mittel 107.* — **Januschke.** *Brom 107.* — **Bakteriologie.** **Wittmaack.** *Diphtheriebazillen-*

träger 108. — **Spiegelberg.** *Diphtheriebazillen beim Geflügel 108.* — **Serologie und Immunitätslehre. Tomarkin. Suarez.** *Vakzine 108.* — **Unger.** *Vakzinale Immunität 108.* — **Entwicklung und Sprache. v. Hovorka.** *Sprache 108.* — **Ernährung, Ernährungsstörungen und Ernährungstherapie. Hamburger.** *Saure Milch 109.* — **Salomon.** *Pseudoikterus nach Mohrrübengenuß 109.* — **Friedjung.** *Selbststillen 109.* — **Pirquet.** *System 109.* — **Pirquet.** *109.* — **Pollak.** *Ernährung im Kriege 110.* — **Milch. Serkowski.** *Schmutz, Eiter und Pepton in der Milch 110.* — **Wachstum und Stoffwechsel. Schlesinger.** *Wachstum und Gewicht im Kriege 110.* — **Feigl.** *Kreatinin und Kreatin im Blute 110.* — **Reuss. Zarfl.** *Chronische Laktosurie 111.* — **Lindner. v. Moraczewski.** *Milchsäureausscheidung bei Meningitis cerebrospinalis 111.* — **van Loghem.** *Proteus 111.* — **Raudnitz.** *Bergellsche Reaktion 111.* — **Infektionskrankheiten und parasitäre Erkrankungen. v. Jagic.** *Leukozytenbild 112.* — **Zappert. Rominger** *112.* — **Fechner.** *Scharlach 113.* — **Szasz. Hotzen** *113.* — **Schick. Kassowitz. Busacchi. Groër. Kassowitz** *114.* — **Groër. Kassowitz. Knapp** *115.* — **Borchgrevink.** *Diphtherie 116.* — **Kraus.** *Keuchhusten 116.* — **Knöpfelmacher.** *Influenza 116.* — **Marcovici. Lehndorff.** *Mumps 117.* — **Kling. Wolf. Stiefler.** *Epidemische Kinderlähmung 117.* — **Lewkowicz.** *Genickstarre 118.* — **Schenk-Popp.** *Erysipel 118.* — **Opitz.** *Milchinfektion mit Bact. enteritidis 118.* — **Geber** *118.* — **Vollbrandt. Mucha.** *Vulvovaginitis 119.* — **Knöpfelmacher.** *Varizellen 119.* — **Knöpfelmacher. Pirquet. Wolf.** *Variola 120.* — **Soucek.** *Fleckfieber 120.* — **Tuberkulose. Hamburger. Müllegger** *120.* — **Löwenstein-Brill. Hamburger. Stradner. Wideröe. Allinger-Stein.** *Tuberkulinreaktion 121.* — **Frisch.** *Pathogenese 121.* — **Hamburger.** *Infektion 122.* — **Engelsmann.** *Bazillen im Lumbalpunktat 122.* — **Ungermann.** *Tuberkuloseantikörper 122.* — **Stöltzner.** *Tebelon 122.* — **Syphilis. Zeissl.** *Ulcus molle 123.* — **Ries.** *Blasensyphilis 123.* — **Zirkulationsapparat. Hesse.** *Intrakardiale Injektion 123.* — **Forst.** *Kongenitale Varizen 124.* — **Saltykow.** *Atherosklerose der Herzklappen 124.* — **Respirationsapparat. Glinski.** *Lungenhyperplasie 124.* — **Blut und blutbildende Organe. Benecke.** *Hämorrhagische Diathesen 125.* — **Lymphatischer Apparat. Schirmer.** *Status thymo-lymphaticus 125.* — **Zappert.** *Anginen 125.* — **Zappert.** *Entfernung der Rachenmandeln 125.* — **Moskovitz.** *Peri-Tonsillarabszesse 126.* — **Klestadt.** *Tonsillektomie 126.* — **Verdauungstraktus. Knöpfelmacher. Bien.** *Nabelkoliken 126.* — **Samberger.** *Appendizitis 127.* — **Monte.** *Gangrän des Meckelschen Divertikels 127.* — **Urogenitalsystem. v. Mettenheim.** *Infektiöse Erkrankungen der Harnwege 127.* — **Fischl.** *Zystitis 128.* — **Erkrankungen des Zentralnervensystems. Puldy.** *Fazialisphänomen 128.* — **Aschenheim.** *Tetanie 128.* — **Motzfeld.** *Hydrocephalus internus 128.* — **Hryntschak.** *Meningitis cerebrospinalis siderans 129.* — **Mayerhofer-Lateiner.**

Meningitis purulenta 129. — **Stoffwechselkrankheiten.** **Erdheim.** *Barlowherz 129.* — **Wachstumskrankheiten und Wachstumsstörungen.** **Eiken. Kusnezoff. Niklas.** *Osteogenesis imperfecta 130.* — **Simon.** *Hungererkrankungen des Skelettsystems 130.* — **Hochstetter.** *Spätrachitis 130.* — **Schulz.** *Angeborener Riesenwuchs 131.* — **Haut. Lindvall.** *Purpura 131.* — **Moskowicz.** *Erysipel 131.* — **Auge. Rumpelt.** *Tumor 131.* — **v. Liebermann.** *Ophthalmoblennorrhoe 131.* — **Ohr. Gomperz.** *Otitis media 132.* — **Orthopädie. Gangele.** *Postpleuritische Skoliose 132.* — **Ritschl.** *Plattfuß 132.* — **Mißbildungen. Monti.** *Zwerchfellbrüche 132.* — **Elias.** *Fissura sternalis 133.* — **Jonyo.** *Acardius acephalus 133.* — **Vakzination. Raudnitz.** *Österreich. Impfgesetz 133.* — **Mayerhofer. Paul.** *Impfung in Österreich 133.* — **Kronfeld.** *Impftechnik 134.* — **Hygiene und soziale Medizin. Tandler. Szana. Stransky.** *Krieg und Bevölkerung 134.* — **Weiss.** *Säuglingsfürsorge in Österreich 134.* — **Eidam.** *Säuglingsfürsorge in Gunzenhausen 134.* — **Berichte.** *Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde 135.* — **Besprechungen. Kleinschmidt.** *Therapeutisches Vademekum 158.* — **Klose.** *Kinderheilkunde 159.* — **Brüning.** *Therapeutisches Vademekum 159.* — **Samelson.** *Repetitorium der Kinderheilkunde 159.* — **Gaupp.** *Psychologie des Kindes 159.* — **Langstein.** *Ernährung und Pflege des älteren Kindes 160.* — **Eppinger.** *Pathologie und Therapie des menschlichen Ödems 160.* — **Hirschfeld.** *Lehrbuch der Blutkrankheiten 161.* — **Haglund.** *Entstehung und Behandlung der Skoliosen 162.* — **Schmorl.** *Untersuchungsmethode 162.* — **Gocht.** *Handbuch der Röntgenlehre 162.* — **Holzknecht.** *Röntgenologie 162.* — **Boruttau. Stadelmann.** *Leitfaden der klinischen Elektrokardiographie 163.* — **Schmidt.** *Klinik der Magen- und Darmerkrankungen 163.* — **Büchingen.** *Ernährungsstörungen des Herzmuskels 163.* — **Ziehen.** *Prinzipien und Methoden der Intelligenzprüfung 163.* — **Kafka.** *Taschenbuch der praktischen Untersuchungsmethode 163.* — **Winter.** *Künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft 163.* — **Abel.** *Bakteriologisches Taschenbuch 164.* — **Schnürer.** *Taschenbuch der Therapie 164.* — **Nitzelnadel.** *Therapeutisches Jahrbuch 165.* — **Welchhardt.** *Ergebnisse der Hygiene usw. 165.* — **Langstein.** *Beiträge zur Physiologie, Pathologie und sozialen Hygiene usw. 165.*

Die Verfasser von einschlägigen Arbeiten werden gebeten, dieselben behufs lückenloser Berichterstattung der Redaktion durch Vermittlung der Verlagsbuchhandlung Franz Deuticke in Wien, I., Helferstorferstraße Nr. 4, zugehen zu lassen.

Adresse der Redaktion: Berlin, W. 50, Rankestraße Nr. 6.

Für die Redaktion verantwortlich: Josef Kaspar.
Druck von Rudolf M. Rohrer in Brünn.

MONATSSCHRIFT
für
KINDERHEILKUNDE
Herausgegeben von

Birk Tübingen · **Czerny** Berlin · **Göppert** Göttingen · **Johannessen** Kristiania · **Klotz** Lübeck · **Knöpfelmacher** Wien
Koplik New-York · **Moro** Heidelberg · **Noeggerath** Freiburg · **Stolte** Breslau · **Thiemich** Leipzig · **Vogt** Magdeburg · **Wieland** Basel

Redigiert von **Arthur Keller**-Berlin.

Verlag von Franz Deuticke in Leipzig und Wien.
Preis der „Referate", jährlich 2 Bände, pro Band (ca. 40 Bogen) Mk. 30.—.
Preis der „Originalien" (ca. 45—50 Bogen) jährlich Mk. 45.—.
Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Bd. XVI. **Referate.** **Nr. 5/6.**

Pharmakologie und Toxikologie

Lange (Waldheim i. Sa.). *Combelen, ein neues Antidiarrhoikum.* (Deutsche med. Wochenschr., 1917, S. 555.)

Combelen, eine Kombination von Resaldol (ein die Peristaltik linderndes Mittel) und Etelen (Adstringens) wirkte günstig auf Enteritiden und auf Darmtuberkulose ein. Die Dosierung betrug bei Kindern bis zum 3. Lebensjahre erst 1 Tablette a 0·5 g, dann 3mal täglich ½ Tablette, bis zum 10. Jahre anfangs 2 Tabletten, dann 3mal täglich 1 Tablette. Frank (Leipzig).

Galewsky (Dresden). *Zignolin, ein synthetisches deutsches Chrysarobin, und Laneps, eine neue Salbengrundlage.* (Deutsche med. Wochenschr., 1917, S. 238.)

Zignolin ist synthetisches Chrysarobin und wirkt besser als das Chrysarobin selbst. Zur Anwendung kommt es am besten in Benzol gelöst oder in Salbenform. Das Anwendungsgebiet des Zignolins ist Psoriasis, Lichen chronicus, Pityriasis rosea und andere parasitäre Hauterkrankungen (seborrhoisches Ekzem usw.). Ganz besonders hat sich das Zignolin bei der Behandlung des behaarten Kopfes, des Gesichtes und in der Kinderpraxis bewährt.

Laneps ist eine gute Salbengrundlage, die bis zu 40% Wasser aufnimmt. Sie gibt die inkorporierten Medikamente leicht an die Haut ab und ist auch als Deck- und Kühlsalbe zu gebrauchen.
Frank (Leipzig).

F. Curschmann (Wolfen). *Zur Frage des Ersatzes ausländischer Öle in Heilmitteln.* (Deutsche med. Wochenschr., 1917, S. 110.)

Empfehlung des Peruol-Vaselinöles (das im Peruol enthaltene Peruskabin statt in Rhizinus- in Vaselinöl gelöst) zur Krätze-

behandlung, besonders bei Kindern; nach warmem Bad und Schmierseifeneinreibung Einreibung mit Peruol, 3mal am ersten Tage und bei noch bestehendem Juckreiz 1mal am zweiten Tage. Nach 36 Stunden Seifenvollbad. Es wurden nie Reizerscheinungen und stets gute Heilerfolge beobachtet.

Gleich befriedigende Resultate mit Resorbin, in dem das Mandelöl durch Vaselinöl ersetzt ist. Frank (Leipzig).

Kobert. *Über kieselsäurehaltige Heilmittel, insonderheit bei Tuberkulose.* (Tuberkulosis, 1917, Bd. XVI, S. 149 u. 167.)

Die Kieselsäure in noch unbekannter organischer Bindung ist ein normaler Bestandteil nicht nur aller bindegewebigen, sondern auch aller epithelialen Gebilde des menschlichen und tierischen Körpers. Bei der Tuberkulose ist die Fähigkeit, sie in der Lunge in normaler Menge aufzuspeichern, vermindert und dadurch verliert das Lungengewebe seine Widerstandsfähigkeit gegenüber den einschmelzenden Prozessen, die der Kavernenbildung zugrunde liegen. Gibt man solchen Patienten täglich mehrmals Kieselsäure in wasserlöslicher Form, z. B. als Kieselwasser oder kieselsäurehaltigen Tonaufguß, so wird die Widerstandsfähigkeit des Lungengewebes gegenüber den einschmelzenden Prozessen gesteigert und fibröse Schwielenbildung ermöglicht. Gleichzeitig wird durch die zugeführte Kieselsäure eine heilsame Phagozytose angeregt. Beide Vorgänge zusammen ermöglichen in manchen Fällen noch die völlige Ausheilung, wo ohne diese Medikation keine Aussicht auf Wiederherstellung besteht. Tierversuche beweisen die Richtigkeit obiger Anschauungen. Die in älteren Werken sich findenden Angaben über die Giftigkeit der Kieselsäure sind unrichtig. Da also die Kieselsäurebehandlung gefahrlos und billig ist, empfiehlt sie sich speziell für die vielen Kriegstuberkulösen, die in den nächsten Jahren zu behandeln sein werden, namentlich soweit sie in Heilstätten keine Unterkunft finden und lediglich poliklinisch behandelt werden müssen. Diese Kur kann aber nur bei monatelanger Durchführung Erfolg bieten.

Frank (Leipzig).

Boruttau und **Stadelmann** (Berlin). *Digitalisbehandlung und Herzarrhythmie.* (Deutsche med. Wochenschr., 1917, S. 1.)

Bei der Behandlung der Arrhythmia perpetua bewirken schon sehr kleine Dosen Digitalis verhältnismäßig schnell starke Verlangsamung der vorher sehr frequenten Herztätigkeit unter Kräftigung des Pulses und gleichzeitiger auffallender Besserung bestehender Stauungserscheinungen. Durch Wiederholung oder andauernd gereichte kleine Dosen des Mittels läßt sich, bei entsprechender Regelung von Verhalten und Diät, wenn nebenher und abwechselnd Diuretika gegeben werden, dieser erträgliche Zustand längere Zeit aufrecht erhalten. Das von den Verff. angewandte Digitalispräparat ist das von Dr. Dagent Kuth in Düren (Rheinland) hergestellte „Normaldigal", ein „Raffinierungsprodukt" der Digitalis.

Frank (Leipzig).

Ulrichs und **Wagner** (Siemensstadt). *Erfahrungen mit der Siemens-aureollampe.* (Deutsche med. Wochenschr., 1917, S. 556.)

Bei Verwendung der Lampe zur Behandlung von Haut- und Weichteilwunden, Knochenfisteln, Hauterkrankungen, bei Rheumatikern, Tuberkulösen und bei Schwächezuständen wurden fast stets gute Erfolge erzielt, wenn nicht völlige Heilung, dann wenigstens erhebliche und schnelle Besserung. Nur bei wenigen Kranken blieb die Bestrahlung ohne Einfluß. Frank (Leipzig).

Bakteriologie.

Traugott Baumgaertel. *Zur bakteriologischen Diphtheriediagnose.* (Berliner klin. Wochenschr., 1918, Nr. 51.)

In einer zur Herstellung des Löfflerserums benutzten Rinderserumprobe konnte ein lebhaft bewegliches Gramnegatives, Neisserpositives, sporulierendes Stäbchen nachgewiesen werden, dessen Morphologie von der des Diphtheriebazillus nicht unterschieden werden kann und zur Vermeidung einer Fehldiagnose die Heranziehung anderweitiger biochemischer Kulturmerkmale (Gramfärbbarkeit, Fermentproduktion usw.) erforderlich macht. Keller.

Braun und **Schäffer.** *Die Desinfektionswirkung der Chininderivate gegenüber Diphtheriebazillen.* (Berliner klin. Wochenschr., 1917, Nr. 37.)

Die einfachsauren Salze der Hydro[illegible]e wirken besser abtötend als die doppeltsauren Salze. Zwischen Konstitution und der desinfektorischen Wirkung der Derivate scheint ein gewisser Konnex zu bestehen. Keller.

H. C. Plaut (Hamburg). *Agglutinationstechnik und Wert der Dunkelfeldbeleuchtung beim Studium der Anaerobier.* (Deutsche med. Wochenschr., 1917, S. 302.)

Zur Vermeidung der häufig zu beobachtenden Zusammenballung vieler Anaërobier empfiehlt Verf. die von ihm angewandte Reibemethode oder die Herstellung einer Bakterienemulsion nach Fraenkel (Beschreibung). Die beste Geißeldarstellungsmethode ist die Beobachtung im Dunkelfeld. Frank (Leipzig).

Serologie und Immunitätslehre.

H. Widmer. *Über das Vorkommen von Purpura simplex bei Serumkrankheit.* (Med. Klin., 1917, S. 1041.)

Glanzmann hat gegenüber Bessau, der die Beziehung zwischen Purpura und anaphylaktischem Symptomkomplex bestreitet, auf die Fälle von hämorrhagischem Serumexanthem bei

Reinjektion von Serum hingewiesen. Widmer hatte Gelegenheit, vielfach Serumexanthem mit Hautblutungen zu beobachten und konstatierte, daß beim Menschen eine ausgesprochene Purpura simplex zusammen mit den gewöhnlichen Symptomen des anaphylaktischen Schocks auftreten kann, daß die typische Serumkrankheit nicht allzu selten von einer Purpura begleitet ist, daß auch sonst beim Serumexanthem beim Rumpelschen Versuch hier und da Hautblutungen auftreten können, die sich streng an das Gebiet der Exanthemstellen halten. Wenn nun der anaphylaktische Symptomenkomplex beim Menschen zur Purpura führen kann, so liegt der Schluß nahe, daß manche Purpurafälle einem ähnlichen Mechanismus ihre Entstehung verdanken. Keller.

Ernährung, Ernährungsstörungen, Ernährungstherapie.

Rud. Th. v. Jaschke. *Über Schwierigkeiten beim Stillen und deren Überwindung.* (Med. Klin., 1917, S. 699.)

Schwierigkeiten von seiten der Mutter: Hypogalaktie, Warzenschrunden, Mastitis, Formfehler der Brustwarzen, Schwerergiebigkeit der Brust; Schwierigkeiten von seiten des Kindes: Trinkschwäche, Trinkfaulheit, Saugungeschick, Brustscheu, mechanische Saughindernisse. Keller.

Erich Klose und **Heinrich Bratke.** *Über den Wert des Schleimzusatzes bei der Ernährung junger Säuglinge.* (Med. Klin., 1916, S. 1018.)

Der Wert der Schleime beruht auf der besonderen, durch den langen Kochprozeß hervorgerufenen Zustandsänderung der Stärke. Keller.

E. Feer. *Zum Milchbedarf des Kindes und zur Ätiologie und Behandlung der Rachitis.* (Med. Klin., 1916, S. 199.)

Verf. ist durch klinische Beobachtungen veranlaßt worden, die Kuhmilch bei künstlich genährten gesunden Säuglingen mehr und mehr zu vermindern und gibt als Maximum 600 g im Tag, welche Menge auch am Ende des ersten Lebensjahres nicht überschritten, im zweiten Lebensjahre stark beschränkt wird. Von großer Wichtigkeit bei dieser knappen Milchernährung ist die frühzeitige Zugabe von Kohlehydraten, Gemüse und Obst. Einseitige Fütterung und Überfütterung mit Milch spielt in der Ätiologie der Rachitis eine große Rolle, sie beeinflußt den Kalkstoffwechsel ungünstig. Keller.

M. Rubner. *Die Verdaulichkeit von Spinat beim Säugling.* (Arch. f. Anat. u. Physiol., Physiol. Abt., Jahrgang 1916, S. 132.)

Die Versuche wurden an 2 Kindern im Alter von 7 beziehungsweise 6½ Monaten ausgeführt. Beide erhielten vor dem Versuch $^2/_3$ Milch + 5% Rohrzucker + Schleim und einmal täglich Brühgrieß, Kartoffelbrei, Gemüse und Kompott. Die Versuche zerfielen in 2 Perioden; während der ersten erhielten die Kinder $^2/_3$ Milch mit

5% Rohrzucker + 20 g täglich Spinatpulver nach Friedenthal, während der zweiten + 300 g täglich Büchsenspinat. Aus dem Resultat der Nahrungs- und Kotanalysen ergibt sich, daß das Spinatpulver schlechter ausgenützt wird als der Büchsenspinat, „ein Beweis, daß es auf die feinste Zermahlung bei Spinat überhaupt nicht ankommt, auch ohne diese verläuft die Resorption innerhalb der von der Natur überhaupt gestellten Grenzen". Das Chlorophyll erscheint zum größten Teil im Kot wieder. Der Kalorienverlust im Spinat wird auf über 40%, der N-Verlust auf über 20% berechnet.

Keller.

Ad. Schmidt (Halle). *Unterernährung, Magerkeit und krankhafte Abmagerung.* (Deutsche med. Wochenschr., 1917, S. 417.)

Während über Fettsucht klinisch und experimentell viel gearbeitet worden ist, ist über die Magerkeit wenig bekannt, obwohl zwischen beiden Zuständen weitgehende Analogien bestehen. Ähnlich der Einteilung in exogene und endogene Fettsucht teilt Verf. die Magerkeit, deren Definition schon auf Schwierigkeiten stößt, in eine exogene und endogene Form der Abmagerung ein. Bei der exogenen Form werden, abgesehen von dem absoluten Hunger, drei verschiedene Gruppen unterschieden: 1. die unfreiwillige Inanition, d. h. unzureichende Ernährungsmöglichkeit bei normalem Nahrungsbedürfnis, normaler Aufnahme- und Verdauungsfähigkeit; 2. die freiwillige Inanition, d. h. unzureichende Nahrungsaufnahme, absichtlich (Hungerstreik) oder auf Grund irrtümlicher und krankhafter Vorstellungen, ebenfalls bei normaler Aufnahme- und Verdauungsfähigkeit; 3. Inanition durch krankhafte Vorgänge im Bereiche des Verdauungsapparates im weiteren Sinne des Wortes, vom mangelhaften Appetit bis zur unvollständigen Ausnutzung der Nahrung infolge von Ikterus, Pankreaserkrankungen und Durchfällen. In allen drei Fällen kommt es zur allmählichen Abnahme des Körpergewichtes, an der sich zunächst das Fett, dann aber auch Körpereiweiß (Muskeln) und schließlich mehr oder weniger alle Gewebe beteiligen. In extremen Fällen werden oft auffallend niedrige Werte für den Kalorienbedarf gefunden und daraus die Möglichkeit abgeleitet, daß durch Gewöhnung der Organismus sich auf einen geringeren Energieverbrauch als selbst im akuten Hungerzustande einzustellen imstande ist.

Was die Frage angeht, ob eine länger dauernde Unterernährung ohne Gefahr für die Gesundheit ertragen werden kann, meint Verf., daß ein gewisser Verlust der über das Normale hinausgehenden Fettreserve bei sonst gesunden Erwachsenen noch nicht als gefahrbringend bezeichnet werden kann. Auch für die wachsende Jugend ist von verschiedenen Seiten nachgewiesen worden, daß bei den derzeitigen Ernährungsverhältnissen ein Zurückbleiben bisher nicht stattgefunden hat. Dies beruht auf der größeren Fähigkeit der jugendlichen Zellen zur Assimilation der Nahrungsstoffe, die sie mit den regenerierenden Zellen des rekonvaleszenten Organismus teilen. Bei Erwachsenen, namentlich bei solchen mit früher reichlichem

Fettpolster, sieht man oft einen rapid fortschreitenden Fettschwund, der selbst bei neuerdings gesteigerter Nahrungszufuhr im gleichen Tempo fortschreitet, bis nahezu das gesamte Fettpolster geschwunden ist. Man gewinnt den Eindruck, daß hier ein gewisses Beharrungsvermögen des Stoffwechsels der Zellen in der einmal eingeschlagenen Richtung im Spiele ist.

Die endogene Magerkeit läßt sich in 4 Gruppen formulieren: 1. Abmagerung infolge fieberhafter Erhöhung des Gesamtstoffwechsels, 2. Abmagerung durch degenerativen Gewebszerfall, 3. die konstitutionelle Magerkeit, 4. Abmagerung infolge Erkrankung endokriner Drüsen. Die beiden ersten Gruppen sind ätiologisch noch nicht scharf zu erfassen; hierher gehört die rapide Abmagerung Fiebernder und Kachektischer. Um konstitutionelle Magerkeit handelt es sich bei den Menschen, die trotz reichlicher Nahrungszufuhr und einwandfreier Ausnutzung des Genossenen nicht zunehmen, die mageren „großen Esser". Zu den sicher konstitutionellen Formen der Mazies gehört die Magerkeit bei dem durch Pankreasinsuffizienz bedingten Diabetes und die thyreotoxische Form der Abmagerung, wie sie häufig bei Morbus Basedow gefunden wird.

Frank (Leipzig).

H. Griesbach (Straßburg). *Über den Einfluß der Kriegskost auf die Ernährung, insbesondere der Jugend.* (Deutsche med. Wochenschr., 1917, S. 722.)

Eine Literaturzusammenstellung ergibt, daß eine Entwicklungsbeeinträchtigung durch die Einschränkung der Kost nicht eingetreten ist. Verf. erhebt dann einige Einwände gegen die Untersuchungsmethodik und regt weitere Untersuchungen an unter Berücksichtigung der durch die Jahreszeiten bedingten periodischen Schwankungen des Wachstums und des Gewichtes, des gegenüber der Friedenszeit veränderten Schulbetriebes und der Leistungsfähigkeit der Schüler.

Frank (Leipzig).

Wachstum und Stoffwechsel.

Hans Beumer. *Über den Cholesterinstoffwechsel beim Brustkind und den Cholesteringehalt des Serums bei verschiedenen Krankheiten.* (Monatsschr. f. Kinderheilk., 1919, Bd. XV.)

Bei zwei mit Ammenmilch genährten Frühgeburten wurde durch Cholesterinbestimmung in Milch und Kot Einfuhr und Ausfuhr geprüft und eine negative Cholesterinbilanz festgestellt. Da der Cholesteringehalt der Milch in den ersten Wochen nach der Geburt am höchsten ist und in den späteren Laktationsperioden eine starke Verminderung erfährt, ist in dieser Hinsicht die Ammenmilch für das Neugeborene nicht gleichwertig der Muttermilch. Ob die unter dem physiologischen Bedarf liegende Cholesterinzufuhr und eine sich daraus ergebende negative Cholesterinbilanz besonders bei Frühgeburten für Wachstum, Blutbildung und Immunität von

irgend welcher Bedeutung ist, ist unbekannt. Untersuchungen über den Cholesteringehalt des Serums bei verschiedenen Krankheiten ergaben für Rachitis, Tetanie, exsudative Diathese und Mehlnährschäden normale Werte; bei schweren Anämien und Addison war der Cholesteringehalt vermindert, bei Cholämie erhöht. Die stärkste Verminderung des Serumcholesterins wurde bei zwei Fällen von alimentärer Toxikose festgestellt. Autoreferat.

Rubner und **Langstein.** *Energie- und Stoffwechsel zweier frühgeborener Säuglinge.* (Arch. f. Anat. u. Physiol., Physiol. Abt., Jahrgang 1915, S. 39.)

Bei zwei lebenskräftigen frühgeborenen Säuglingen aus dem Anfange des 8. Schwangerschaftsmonates mit einem Geburtsgewichte von 2050 beziehungsweise 1640 g, die sich vor und nach dem Versuche gut entwickelten, wurde in der 4. bis 5. Lebenswoche nach dem Abklingen der physiologischen Abnahme Einnahme und Ausgabe an N, Fett, Zucker, Asche und Trockensubstanz, der Respirations- und C-Stoffwechsel bestimmt. Versuchsdauer 10 Tage, Gewichtszunahme in der Zeit 450 beziehungsweise 210 g. Es ergab sich: Eiweißansatz hoch, N-Ausnutzung ausgezeichnet, Fettansatz trotz schlechter Verwertung des Fettes hoch, kalorische Ausnutzung der Nahrung im allgemeinen ungünstig, fast die gesamte über den Minimalbedarf hinausgehende Energiemenge zum Anwuchs verbraucht, Wärmebildung gegenüber ausgetragenen, normalen Brustkindern nicht gesteigert. Keller.

Göppert. *Galaktosurie nach Milchzuckergabe bei angeborenem, familiärem, chronischem Leberleiden.* (Berliner klin. Wochenschr., 1917, Nr. 20.)

Das Kind, an dem die Untersuchungen ausgeführt wurden, leidet an einer Lebererkrankung unbekannter Ätiologie, die die Leberfunktion und wohl infolgedessen das Allgemeinbefinden schwer schädigt. Die Toleranz gegen Galaktose zeigt sich wesentlich herabgesetzt: sowohl bei Milchzucker- wie bei Galaktoseverfütterung erscheint Galaktose im Urin. Keller.

R. Uhlmann. *Über Funktionsstörungen der Leber bei konstitutioneller Asthenie.* (Arch. f. Verdauungskrankh., Bd. XXI, 1915, S. 335.

Astheniker zeigen relativ häufig alimentäre Galaktosurie. Verf. sieht schon in einer geringgradigen Galaktoseausscheidung ein Zeichen konstitutioneller Minderwertigkeit. Reuß (Wien).

B. Molnár (Budapest). *Der Lipasegehalt der Fäzes und seine physiologischen und pathologischen Beziehungen.* (Deutsche med. Wochenschrift, 1917, S. 326.)

In den menschlichen Fäzes ist stets ein lipolytisches Ferment nachweisbar; dasselbe stammt nicht nur aus dem Pankreas, sondern auch aus dem Darm, wie Versuche an Kranken, bei denen durch Fehlen der Diastase in den Fäzes ein Ausfall der Pankreasfunktion anzunehmen war, und an pankreasexstirpierten Hunden gezeigt

haben. Dabei findet immer eine Lipasehypersekretion statt, die so erklärt wird, daß sich die Menge des im Darm befindlichen, nicht resorbierbaren Fettes vermehrt und dieses selbst den Darm zu einer lebhaften Sekretion der notwendigen Lipase anregt. Ähnliche und ähnlich zu deutende Verhältnisse zeigten auch die Ikteruskranken, bei denen ebenfalls sehr hohe Lipasewerte gefunden wurden.

Frank (Leipzig).

R. Schmidt. *Über Proteinkörpertherapie und über parenterale Zufuhr von Milch.* (Med. Klin., 1916, S..171.)

Durch parenterale Einverleibung von 5 cm^3 gekochter Milch läßt sich mit großer Regelmäßigkeit künstliches Fieber erzeugen. Die Intensität der so erzeugten Hyperthermie scheint bis zu einem gewissen Grade abhängig zu sein von der Art des jeweiligen Krankheitsprozesses. Der Anwendungsbereich der Milch als Pharmakon dürfte sich decken mit dem Indikationsbereich der Proteinkörpertherapie überhaupt und so sich unter anderen erstrecken auf Fälle von Hämophilie, Anämie, chronischer Arthritis, Infektionsprozessen. Parenterale Milchzufuhr bewährt sich als Styptikum bei inneren Blutungen.

Keller.

A. Rodella. *Bericht über klinische und experimentelle Darmfäulnis.* IV. Mitteilung. (Arch. f. Verdauungskrankheiten, 1917, Bd. XXIII, S. 28.)

Nach einer eingehenden Erörterung des Begriffes und der Bedeutung der Darmfäulnis werden histologisch-bakteriologische Befunde mitgeteilt, welche bei Tieren nach Einspritzung von normalen Säuglingsstühlen und von pathologischen Stühlen verschieden alter Individuen erhoben wurden. Die Versuche ergaben, daß die Krankheitserreger bei intestinalen Infektionen nicht nur in der gramnegativen Flora (Typhus-Koligruppe), sondern auch unter den grampositiven Keimen zu suchen sind. Bei Typhusfällen läßt sich durch Einspritzungsversuche mit pasteurisiertem Stuhl die Bedeutung der pathogenen Begleitbakterien erkennen, ebenso durch Kultivierung aus dem Blut. Die Vermehrung der grampositiven Flora bedeutet nicht nur eine solche der saprophytischen Fäulniserreger, sondern eine solche der pathogenen Stuhlbakterien. Die Dosis letalis liegt für normalen Stuhl etwa bei 0·5 g pro Kilogramm Versuchstier, für pathologische Stühle bis 0·1 g herab. Pasteurisierter und unpasteurisierter Stuhl verhalten sich bezüglich Giftigkeit in normalen Fällen nicht konstant, ebenso bei Typhus; bei stürmischen, fieberhaften Diarrhöen ist der pasteurisierte Stuhl stets pathogener als der nichtpasteurisierte, und liegt die tödliche Dosis überhaupt viel niedriger.

Reuß (Wien).

A. Rodella. *Bericht über klinische und experimentelle Darmfäulnis.* V. Mitt. (Arch. f. Verdauungskrankh., 1918, Bd. XXIV, S. 223.)

Mittels Rodellas Plutrimeter lassen sich zwei Arten peptonisierender Bakterien unterscheiden, welche Sporen bilden; diese

sowohl wie eine 3. Gruppe asporogener Keime sind, von einigen Ausnahmen abgesehen, harmlose Saprophyten. Die pathogenen anäroben Fäulniserreger, welche in physiologischen Fällen relativ selten vorkommen, sind hauptsächlich der Bildung des malignen Ödems mit den ihm nahe verwandten Arten und Rodellas Anärobion I. Bei den Gasbranderregern, welche sämtlich im menschlichen Darm gefunden wurden, sowie bei den pathogenen Arten der Eiweißfäulnis hat man die Bildung von echten Toxinen nachgewiesen. Sowohl aus der Indolbildung wie aus den mittels Putrimeter gewonnenen Befunden läßt sich kein sicherer Schluß über die Intensität der Darmfäulnis ziehen. Reuß (Wien).

Neugeborene.

F. Ahlfeld. *Der sogenannte „erste Atemzug".* (Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., 1917, Bd. LXXIX, S. 211.)

Fast alle Kinder atmen schon vor der Geburt des Kopfes, der sogenannte „erste Atemzug" ist also nur als der erste tiefe Atemzug aufzufassen. Er wird ausgelöst durch die vollständige Aufhebung der plazentaren Sauerstoffzufuhr. Keller.

Rud. Th. Jaschke. *Über das transitorische Fieber der Neugeborenen.* (Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. 1916, Bd. LXXVIII, S. 119.)

Unter 1000 Fällen fand sich in 31 = 3·1% eine einmalige, ganz vereinzelt auch eine zweimalige Temperatursteigerung über 37·5°. Bei der Mehrzahl der Fälle ließ sich ein Zusammenhang mit einem Hunger- oder Durstzustand nicht nachweisen. Andrerseits gibt es zahlreiche Fälle von Hungerkurven oder Unterernährung, die dauernd normales Verhalten der Temperatur zeigen. Das transitorische Fieber bringt Verf., ähnlich wie v. Reuß, mit der Resorption pyrogener Substanzen in Zusammenhang, die bei der Ansiedlung der Darmflora und beim Übergang von der kolostralen zur Brustmilchnahrung gebildet werden mögen. Keller.

Langstein. *Fieberhafte Temperaturen bei Neugeborenen in den ersten Lebenstagen.* (Zeitschr. für Geburtsh. und Gynäkologie, 1916, Bd. LXXVIII, S. 602.)

Unter 1000 Neugeborenen 130 = 13% fieberhafte Temperaturen. Nach Langstein kommen als auslösende Momente nicht in Frage: Hunger, Ikterus, Dyspepsie. Wenig wahrscheinlich ist ein Zusammenhang mit der Bildung pyrogener Substanzen beim Übergang von der kolostralen zur Brustmilchnahrung. Fest steht nur der Zusammenhang zwischen Fieber und physiologischer Abnahme. Nicht entschieden ist die Frage, ob die Exsikkation als solche, wie Pétéry annimmt, die Fiebertemperaturen verursacht.

Keller.

S. Peller (Wien). *Die Maße der Neugeborenen und die Kriegsernährung der Schwangeren.* (Deutsche med. Wochenschr., 1917, S. 178.)

Im Wiener Material besteht zwischen den reifen Kriegs- und Friedensneugeborenen im Gesamtdurchschnitt kein Unterschied. Es zeigt sich, daß die erstgeborenen und zum Teil die zweitgeborenen reifen Kriegskinder etwas schwerer, die dritt- und mehrgeborenen Kriegskinder dagegen leichter sind als in Friedenszeiten. Durch die Heranziehung der Frühreifen werden auch bei den Erst- und Zweitgeborenen in ihrer Gesamtheit Durchschnittswerte erhalten, die kleiner sind als die entsprechenden Friedenszahlen. Inwieweit die körperliche Entwicklung des Embryo durch die Kriegsernährung der Schwangeren beeinflußt wird, läßt sich durch einfache statistische Erhebungen nicht ohne weiteres feststellen. Eine detaillierte Untersuchung ergibt nicht bedeutende und nicht besorgniserregende Unterschiede zuungunsten der Kriegskinder. Frank (Leipzig).

Printzing (Ulm). *Die Totgeburten in Stadt und Land.* (Deutsche med. Wochenschr., 1917, S. 180.)

Die Totgeburten sind bei den ehelichen Kindern in Stadt und Land zurückgegangen, und zwar auf dem Lande mehr als in den Städten. Bei den unehelichen Kindern ist das Verhältnis das gleiche geblieben. In den Großstädten ist die Totgeburtenquote größer als in der Gesamtheit der Städte. Einflüsse, die für die Häufigkeit der Totgeburten in Betracht kommen, sind: schwere Arbeit der Bauersfrauen, ungünstige Einwirkungen der Industrie, Häufigkeit der Lues in der Stadt. Bekämpfung der Rachitis und der Lues, Schonung der Mütter vor der Geburt sind die Faktoren, die die Totgeburtsziffer herabdrücken können. Frank (Leipzig).

Infektionskrankheiten und parasitäre Erkrankungen.

Lotte Landé. *Die Diagnose der primären Nasendiphtherie und der Hautdiphtherie im Säuglings- und Kindesalter.* (Berliner klin. Wochenschr., 1917, Nr. 51.)

Mehr als drei Viertel aller diphtherischen Erkrankungen des Säuglingsalters verlaufen unter dem Bilde der primären isolierten Nasendiphtherie; auch später ist sie sehr häufig. Der Verlauf ist meist gutartig. Für die rechtzeitige Diagnosenstellung ist die Rhinoscopia anterior notwendig.

Unter 200 Diphtheriefällen wurden 44 Hautdiphtherien beobachtet; meist gutartig. Am häufigsten eine intertriginöse und eine impetiginöse Form, seltener eine pustulöse, vereinzelte Fälle von diphtherischem Ekthyma und Panaritium. Keller.

Ad. Czerny. *Die Serumbehandlung der Diphtherie.* (Berliner klin. Wochenschr., 1918, Nr. 48.)

Gegen Bingel erhebt Czerny folgende Bedenken:

1. Überzeugte er sich nicht, ob das von ihm verwendete Pferdeserum frei von Antitoxin war;

2. läßt sich das Gesamturteil über seine Erfolge auch so fällen, daß er in den Kontrollversuchen nicht gleich gute, sondern gleich schlechte Resultate hatte. Die Erfolge wären mit größeren Dosen besser gewesen;

3. erscheint es nicht angängig, sich über alle experimentellen Grundlagen der Diphtherieserumtherapie so glatt hinwegzusetzen, wie Bingel es tut.

Die eigenen Erfahrungen mit dem Heilserum, dessen antitoxische Wirkung er nie übermäßig betont hat, faßt Czerny dahin zusammen, daß zwei Wirkungen sicherzustehen scheinen:

1. Läßt sich in der Regel das Übergreifen der Diphtherie vom Nasenrachenraum auf den Kehlkopf verhüten und sogar beginnende Stenose rückgängig machen;

2. ist die Wirkung um so zuverlässiger, je früher das Serum angewendet wird.

Kleinschmidts erfolgreiche Versuche mit dem Serum depuratum von Ruppel lassen die Eiweißsubstanzen als Träger des wirksamen Agens im Immunisierungsprozeß erkennen.

Keller.

F. Berg. *Beitrag zur Behandlung der Diphtherie.* (Med. Klin., 1916, S. 309.)

Verf. empfiehlt die gleichzeitige intravenöse und intramuskuläre Anwendung hoher Serumdosen. Keller.

Sobernheim und **Nagel.** *Über eine Diphtherieepidemie durch Nahrungsmittelinfektion.* (Berliner klin. Wochenschr., 1918, Nr. 32.)

Bei einem Truppenteil der Berliner Garnison brach explosionsartig eine Diphtherieepidemie aus, als deren Ausgangspunkt die gemeinsame Küche festgestellt wurde. Unter dem Küchenpersonal einige Diphtheriekranke und zahlreiche Bazillenträger. Keller.

G. Münchmeyer und **E. Nast.** *Beitrag zur Entkeimung der Dyphtheriebazillenträger.* (Med. Klin., 1918, Nr. 47, S. 1157.)

Citron hat den Versuch gemacht, im Rachen freiwerdendes Jod als Desinfektionsmittel zu verwenden: er läßt die Bazillenträger Jodkaliumlösung einnehmen und mit einer verdünnten, mit Salzsäure schwach angesäuerten Wasserstoffsuperoxydlösung gurgeln. Die mit dem Verfahren gemachten Versuche waren unbefriedigend. Ebensowenig brachten Versuche, Ozon, zum Teil in Kombination mit Jod, zu verwenden, Erfolg. Die Bazillenträger wurden in einem kleinen Zimmer untergebracht, in dem die Ozonapparate in Tätigkeit waren. Keller.

Ludwig Justitz. *Die Entkeimung von Diphtheriebazillenträgern.* (Med. Klin., 1917, S. 1271.)

Mit wässeriger Lösung von Zyanquecksilber 1:4000 werden zweimal täglich der Nasenrachenraum ausgewaschen, beziehungsweise der Rachen und seine Gebilde ausgepinselt. Keller.

Hans Mühsam. *Beitrag zur Behandlung der Diphtheriebazillenträger.* (Med. Klin., 1916, S. 823.)

In vielen Fällen erweist sich sorgfältige Behandlung der Zähne in der Beseitigung der Bazillen als wirksam. Keller.

Willy Pfeiffer. *Zur Behandlung von Diphtheriekeimträgern mit Morgenroths Chinaalkaloiden.* (Berliner klin. Wochenschr., 1918, Nr. 40.)

Die Lakunen der Gaumenmandeln werden mit 1%igem Eukupinotoxin oder Eukupinlösung ausgepinselt und ausgespült; sind im Nasenabstrich Diphtheriebazillen nachgewiesen, so werden beide Nasenhöhlen ausgespritzt. Gelingt die Entkeimung auf diese Weise nicht oder nicht schnell genug, so wird die Tonsillo- und Adenotomie vorgenommen. Keller.

Rudolf Fischl. *Über einige therapeutische Versuche und Erfahrungen bei Pertussis.* (Med. Klin., 1917, S. 673.)

Schon Jenner hat darauf hingewiesen, daß frisch geimpfte Kinder vom Keuchhusten verschont bleiben, und die Behauptung, daß die Vakzination prophylaktischen Wert habe, taucht immer wieder in der Literatur auf. In den Neunzigerjahren des vorigen Jahrhunderts ist eine Reihe italienischer Autoren dafür eingetreten. Bei noch ungeimpften, an Keuchhusten erkrankten Kindern will Fischl in der Hälfte der Fälle einen deutlichen Erfolg der Impfung gesehen haben. Verf. hat auch die von Violi empfohlene Anwendung des Serums vakzinierter Kälber sowie die von Kraus angegebenen Injektionen von entsprechend vorbehandeltem Keuchhustensputum versucht, kommt aber bei der geringen Zahl der Fälle und mangelhafter Versuchsanordnung zu keinem Urteil. Keller.

Aufrecht. *Zur Behandlung des Keuchhustens.* (Berliner klin. Wochenschrift, 1918, Nr. 4.)

Absolute Bettruhe mildert die Hustenanfälle, setzt ihre Zahl herab und kürzt die Krankheitsdauer ganz beträchtlich ab.
Keller.

Alfred von Chelmicki. *Eine Kombination von Typhus abdominalis und Masern bei einem 2½jährigen Kinde.* (Med. Klin., 1918, Nr. 34, S. 837.)

Das Zusammentreffen von Abdominaltyphus mit akuten Exanthemen und besonders mit Masern ist selten. Aus der Literatur stellt Verf. sechs Fälle zusammen und fügt eine eigene Beobachtung hinzu. Am 19. Tage der Typhuserkrankung (Widal positiv) trat das Masernexanthem auf. Keller.

Bossert und **B. Leichtentritt** (Breslau). *Der Wert der Duodenalsondierung für die Diagnose des Typhus abdominalis.* (Deutsche med. Wochenschrift, 1917, S. 323.)

Bei einem 8jährigen Knaben wurden bei den beiden ersten Untersuchungen mittels Einhornscher Duodenalsonde im Duodenum und im Stuhl Typhusbazillen gefunden, in den folgenden 5 Untersuchungen ließen sich stets Typhusbazillen im Stuhl, nicht mehr im Duodenalinhalt nachweisen. Somit hat also die Typhusdiagnose mit der Duodenalsonde nur beschränkten Wert. Der negative Bazillenbefund im Duodenalinhalt bei positivem Befund im Stuhl ist wohl auf eine Ausscheidungspause der Galle zurückzuführen. Aus Blut und Urin konnten im vorliegenden Falle niemals Typhusbazillen gezüchtet werden. Frank (Leipzig).

G. Seiffert. *Beziehungen zwischen Schutzimpfung, natürlicher Immunität und spezifischen Serumstoffen bei Typhus.* (Deutsche med. Wochenschr., 1917, S. 362.)

Das Wachstum der Typhusbazillen wird durch erhitztes Serum normaler Menschen in der Regel gehemmt, dagegen nicht durch das Serum für Typhus unempfindlicher Tiere. Das Serum von Individuen, die an Typhus erkrankt oder gegen Typhus schutzgeimpft waren, verhält sich in ähnlicher Weise wie Serum unempfänglicher Tiere, das Wachstum wird nicht gehemmt. Frank (Leipzig).

E. Jennicke. *Das Absinken der Typhus-, Paratyphus- und Kolibazillen und das Kuhnsche Verfahren des Typhusnachweises im Stuhl.* (Deutsche med. Wochenschr., 1917, S. 813.)

Das Ergebnis der Untersuchungen war folgendes: Die Tierkohle besitzt nicht die Eigenschaft, das Absinken der Typhus- und Paratyphusbazillen in elektiver Weise zu beeinflussen. Kolibazillen sinken mit und ohne Kohle im gleichen Verhältnisse ab wie Typhusbazillen, vielfach sogar schneller, da anscheinend die Eigenbewegung des Typhus dem Absinken in geringem Grade entgegenzuwirken scheint. Frank (Leipzig).

Hans Marschhausen. *Über Klinik des „Paratyphus-b" im Säuglingsalter.* (Monatsschr. f. Kinderheilk., 1919, Bd. XV.)

Unter Zugrundelegung einer Reihe in der Literatur beschriebener Fälle und eines in der Göttinger Kinderklinik beobachteten Falles wird ein Überblick über die Klinik des Paratyphus-b im Säuglingsalter gegeben. Verf. unterscheidet 4 Formen: den Paratyphus abdominalis, die gastrointestinale, die latente und die angeborene Form. Entgegen anderen Behauptungen wird darauf hingewiesen, daß die typhöse Form bei Säuglingen doch vorkommt, und dafür der Göttinger Fall angeführt. Wenn auch klinisch bisher nicht viele Erkrankungen beobachtet sind, so wird doch aus der Literatur auf Grund von systematischen Darmuntersuchungen bewiesen, daß der Paratyphus-b häufiger im Säuglingsalter vorkommt und daß der Säugling nicht weniger empfänglich für diese Infektion ist als der Erwachsene. Diese Fälle zeigen keine besonderen klinischen Symptome und werden unter die latente Form zusammengefaßt. Von allen 4 Krankheitsformen sind Beispiele angeführt. Autoreferat.

H. Opitz. *Zwei Fälle von Mischinfektion mit Bacillus enteritidis Gaertner.* (Monatsschr. f. Kinderheilk., 1919, Bd. XV.)

Bei einem 1½ Jahre alten Kinde mit chronischer Pneumonie werden wiederholt aus Blut und einem Abszeß Keime gezüchtet, die sich kulturell, serologisch und chemisch-biologisch als Gaertnerbazillen erweisen. Derselbe Befund wurde bei einem fünfvierteljährigen, an Meningitis epidemica leidenden Kinde im Ventrikelpunktat erhoben. Infektionsquelle und Infektionsmodus blieben in beiden Fällen ungeklärt.

Die anläßlich der Meningitis vorgenommene intralumbale Optochinbehandlung führte zum Zerfall der Meningokokken nicht nur im Lumbal-, sondern auch im Ventrikelpunktat, in dem sich auch Optochin nachweisen ließ. Autoreferat.

H. Scholtz (Königsberg). *Atropinbehandlung bei ruhrartigen Erkrankungen.* (Deutsche med. Wochenschr., 1917, S. 364.)

Atropin in Dosen von ½ mg bis zu dreimal täglich bewirkt bei Ruhrkranken ein Verschwinden der Koliken. Die Ausleerungen werden konstanter, Blutbeimengungen geringer. Gleichzeitig bessert sich auch der Allgemeinzustand. Frank (Leipzig).

Zuelzer (Berlin). *Die Hormonaltherapie bei Ruhr.* (Deutsche med. Wochenschr., 1917, S. 14.)

Bei den Ruhrfällen, die mit spastischer Obstipation einhergehen, empfiehlt Verf. das Hormonal, das als „Neohormonal" (20 cm^3 intravenös) appliziert wurde. In den 40 Fällen, in denen teils sehr gute, teils durchaus befriedigende Resultate erzielt wurden, hat Verf. keine Störungen durch das Hormonal beobachtet.

Frank (Leipzig).

H. Rosenhaupt (Frankfurt a. M.). *Behandlung der Ruhr mit Kasein.* (Deutsche med. Wochenschr., 1917, S. 683.)

Ausgehend von den Indikationen für Eiweißmilch machte Verf. den Versuch, Ruhrkranke mit Kasein mit 10—20 g Zuckerzusatz zu ernähren. Daneben wurden Mehl- und Schleimsuppen verabreicht und bald zu Weißbrot und Zwieback übergegangen; Medikamente wurden nicht verabreicht. Der Erfolg war äußerst prompt: die Stühle besserten sich, das Fieber sank ab und das Allgemeinbefinden der Kranken hob sich. Frank (Leipzig).

A. Margolis (Lodz). *Die Behandlung der Bazillenruhr mit Vakzine.* (Deutsche med. Wochenschr., 1917, S. 783.)

Durch Anwendung der Vakzine bei Behandlung der Ruhr wird die Mortalität geringer und die Krankheitsdauer abgekürzt. Es tritt subjektive Besserung und rascheres Verschwinden des Blutes aus den Stühlen ein. Die frühzeitige Einleitung der Vakzinebehandlung gibt bessere Resultate. Am besten eignet sich für die Behandlung die Autovakzine. Frank (Leipzig).

Stanislaw Skalski und **Stefan Sterling** (Widzew, Lodz). *Die spezifische Vakzinetherapie bei bazillärer Ruhr.* (Deutsche med. Wochenschrift, 1917, S. 713.)

Die Injektion spezifischer Ruhrvakzine kann auf Grund von Erfahrungen an 28 Fällen als eine gute therapeutische Methode angesehen werden; sie verkürzt den Krankheitsverlauf und beschränkt dadurch auch die Ausbreitung der Seuche. Die Vakzine soll möglichst in den Frühstadien der Krankheit Anwendung finden. Verff. glauben, daß sich vielleicht die Autovakzine am besten bewährt.

Frank (Leipzig).

A. Flatzek. *Die Paragglutination von Kolibakterien mit Ruhrserum.* (Deutsche med. Wochenschr., 1917, S. 200.)

Verf. weist nach, daß es neben den gewöhnlichen paragglutinierenden Kolistämmen, die durch Vergänglichkeit der Agglutination gekennzeichnet sind, auch solche gibt, bei denen Agglutination mit Ruhrserum (Flexner-, y- und Shiga-Kruse-Serum) vorkommt. Frank (Leipzig).

Emil Flusser. *Die Ruhr der Kinder in Russisch-Polen.* (Med. Klin., 1916, S. 336.)

Die Ruhr bevorzugt in jenen Gegenden Russisch-Polens, wo sie endemisch ist, gerade das erste Kindesalter. Den blutigen Durchfällen gehen oft Prodromalerscheinungen voraus. Außer Symptomen seitens des Verdauungstraktes kommen auch zerebrale [illegible] in diesem Stadium vor. Das Hämorrhagische Stadium [illegible] der Regel nur einige Tage, ihm folgt ein „Magendarm[illegible]

K[illegible]r.

Tuberkulose.

H. Kleinschmidt. *Über Tuberkulindiagnostik im Kindesalter, mit besonderer Berücksichtigung des Perlsuchttuberkulins.* (Med. Klin., 1918, Nr. 47, S. 1173.)

Aus Tierversuchen ergab sich, daß die mit Menschentuberkelbazillen infizierten Tiere in quantitativ und qualitativ gleicher Weise auf bovines wie humanes Tuberkulin reagieren und ebenso, daß die mit Rindertuberkelbazillen geimpften Meerschweinchen die gleiche Empfindlichkeit für humanes wie bovines Tuberkulin besitzen. Vielleicht ist nur die hohe Tuberkulinempfindlichkeit des Menschen imstande, die feineren Differenzen zwischen den beiden Tuberkulinarten aufzudecken. Hermann (Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. LXXXVI, referiert in dieser Monatsschr., Bd. XVI, S. 25) hat festgestellt, daß die meisten tuberkuloseinfizierten Kinder sowohl auf humanes wie bovines Tuberkulin kutan reagieren, wenn auch in verschiedenem Grade, einzelne Kinder jedoch nur auf das eine oder das andere. Auf Grund eigener Beobachtungen schließt sich Verf. den Autoren an, die eine Differenzierung der Erregertypen durch die verschiedenen

Tuberkuline ablehnen. Nun stellt das Perlsuchttuberkulin nicht etwa regelmäßig eine Verfeinerung der Pirquetschen Reaktion dar. Wohl aber verdient der Vorschlag von Retter und Klose Beachtung, ein Mischtuberkulin aus gleichen Teilen Alttuberkulin Koch und Perlsuchttuberkulin zu verwenden. Verf. hebt noch hervor, daß die Kutanimpfung, in welcher Form sie auch ausgeführt wird, nicht in jedem Falle zur Sicherstellung der Diagnose ausreicht; in solchen Fällen ist die intrakutane oder die subkutane Tuberkulinapplikation heranzuziehen. Kleinschmidt bevorzugt die intrakutane Injektion, weil sie Fieber und Allgemeinerscheinungen fast sicher vermeidet und im Effekt deutlich sichtbar ist. Keller.

St. Engel. *Quellen der Kindertuberkulose.* (Med. Klin., 1918, Nr. 24, S. 581.)

Viel zu wenig beachtet wird die Ansteckungsgefahr, welche von seiten der mit der Pflege und Wartung des Kindes beschäftigten Personen droht. Die gefährliche Krankheit wird bei den Kindermädchen oft nur darum übersehen, weil die Möglichkeit hier nicht in Betracht gezogen wird. Und so wird von außen in eine vollkommen gesunde Familie Tuberkulose hineingetragen. Es erscheint dringend notwendig, daß die Anstellung von Dienstpersonal in solchen Häusern, in denen Säuglinge und Kleinkinder vorhanden sind, von dem Nachweis abhängig gemacht wird, daß die Betreffende frei von übertragbarer Krankheit ist. Keller.

Eichelberg (**M. Gladbach**). *Zur Prognose der Lungentuberkulose im frühen Kindesalter.* (Monatsschr. f. Kinderheilk.)

Eichelberg berichtet über zwei Fälle von tuberkulöser Erkrankung, welche 13, beziehungsweise 32 Monate alt zur Beobachtung kamen und bei sehr geringfügigem sonstigem physikalischen Befunde auf der Röntgenplatte deutliche Veränderungen des Lungenbildes boten. Beide Fälle sind etwa ½ Jahr lang unter Konstanz des Röntgenbildes und bei gutem Gedeihen beobachtet worden. Die Diagnose war in dem einen Falle durch positive Kutanprobe, im anderen durch äußere Tuberkulose erhärtet worden. Verf. weist unter Erwähnung schon von anderen beobachteter Fälle darauf hin, daß wir allerdings nicht wegen therapeutischer Erfolge, sondern als Ergebnis unserer verfeinerten Diagnostik bezüglich der Prognose der Lungentuberkulose im frühen Kindesalter umlernen müssen.

Autoreferat.

W. Kruse. *Erfahrungen über die Friedmannsche Schutzimpfung von Säuglingen gegen Tuberkulose.* (Berliner klin. Wochenschr., 1918, Nr. 41.)

In den Jahren 1911 und 1912 hat Friedmann 319 Kinder gegen Tuberkulose geimpft, deren Schicksal er selbst und Verf. weiter verfolgt haben. Von den Kindern standen 53 im Alter von 2—5 Monaten, die übrigen waren 2—10 Tage alt. Etwa 90% unehelicher Geburt, alle aus der niedersten sozialen Schicht. Die Impfung er-

folgte so, daß 0·1 cm³ des Impfstoffes in die Muskeln hinter dem Trochanter eingespritzt wurde. Soweit Nachrichten über das Ergehen der Kinder vorliegen, besteht ein erheblicher Unterschied in der allgemeinen wie in der Tuberkulosesterblichkeit zu ihren Gunsten, so daß die Schutzimpfung von Neugeborenen nach Friedmann als neues Mittel zur Tuberkulosebekämpfung empfohlen wird.

Keller.

Friedberger (Greifswald). *Beiträge zur experimentellen Meerschweinchentuberkulose.* (Deutsche med. Wochenschr., 1917, S. 33.)

Das Tuberkelbazilleneiweiß ist bei intravenöser Zufuhr für das normale Meerschweinchen kaum giftiger als das Hammel- oder gar das Rinderserum, während bei der Reinjektion am vorbehandelten Tier im typischen anaphylaktischen Versuch es sogar ungiftiger erscheint als das Hammelserum. Nur unter den Bedingungen einer natürlichen Injektion nimmt das Bakterieneiweiß jene hohe sekundäre Giftigkeit an, die zu der Vorstellung präformierter, im Bakterienleib enthaltener „Endotoxine" geführt hat. Durch Vorbehandlung mit Antituberkuloseserum „Marburg" und „Höchst" ist es dem Verf. gelungen, auch passiv die Überempfindlichkeit gegenüber Tuberkelbazillenemulsionen auf das normale Meerschweinchen zu übertragen (passive Tuberkelbazillenanaphylaxie). Bei passiv präparierten Tieren läßt sich ebenso wie gegenüber der tötlichen Dosis auch gegenüber der Fieberdosis eine erhöhte Empfindlichkeit nachweisen. Die temperatursteigernde Wirkung der Tuberkelbazillen bei intraperitonealer Zufuhr beim Meerschweinchen läßt sich aufheben, wenn man eine Fieber erzeugende Dosis von Tuberkelbazillen wiederholt hintereinander mit Antituberkuloseserum belädt, wobei sich bis zu einem gewissen Grade auch Multipla der Fieberdosis durch Multipla des Antiserums neutralisieren lassen. Frank (Leipzig).

R. Geinitz (Schömberg). *Zur Therapie des tuberkulösen Chylothorax.* (Deutsche med. Wochenschr., 1917, S. 495.)

Bericht über einen schon früher publizierten Fall (Deutsche med. Wochenschr., 1916, Nr. 29) bei dem therapeutisch außer diätetisch-hygienischen Maßnahmen nur Punktionen des chylösen Thoraxergusses mit Luftnachfüllung vorgenommen wurden.

Frank (Leipzig).

Beschorner (Dresden). *Die Ernährung der Lungentuberkulösen während der Kriegszeit.* (Tuberkulosis, 1917, Bd. XVI, S. 129.)

Man kann nur allgemeine Gesichtspunkte aufstellen. Geregelte Ernährung kann bis zu einem gewissen Grade dem toxischen Eiweißzerfall Einhalt gebieten. Die großen Stoffwechselverluste stehen in Zusammenhang mit Unterernährung, Toxinwirkung und Temperatursteigerung. Die N-Unterbilanz geht bei ausreichender Kalorienzufuhr nicht über $\frac{1}{2}$—1 g hinaus, völlig verhindern kann man während längerer Fieberperioden den Eiweißzerfall trotz reichlichster Kalorien-

zufuhr nicht. Neben Fleisch-Eiweiß wird hauptsächlich Pflanzeneiweiß und Gelatine empfohlen; mit Zulagen von Milch und Eiern soll man vorsichtig umgehen. In der Beschränkung des Auswurfes sieht Verf. ein Mittel zur Hebung des Ernährungszustandes.

Fett kommt im Energiehaushalt Tuberkulöser eine größere Rolle zu, wie die klinischen Erfahrungen zu bestätigen scheinen. Als Fettquellen kommen neben öligen Fetten in Betracht Nüsse, Mandeln, Mohn und Lebertran, eventuell auch Lezithin und Lezithinpräparate. Alkohol, in Mengen von 40—50 g täglich, wird vom Verf. als Fettsparer empfohlen. Bei mageren und abmagernden Patienten ist eine Überernährung im Sinne einer gewissen Fettmast zuträglich.

Der Mineralstoffwechsel hält sich, solange die Erkrankung nicht weit fortgeschritten ist, in normalen Grenzen. Das Ziel einer zweckmäßigen Ernährung muß darin bestehen, bei starker Individualisierung im Einzelfalle unter zweckmäßiger gemischter Ernährung und gleichzeitiger Stärkung der Körpermuskulatur das lebendige und arbeitende Protoplasma des Körpers zu schützen respektive zu bessern und möglichst dem Optimum seiner Entwicklung entgegen zu führen. Deshalb soll der L i e b e sche Grundsatz befolgt werden: im ersten Teil einer Kur Ruhe und Schonung, im zweiten Teil Übung. Daneben empfiehlt Verf. noch Anwendung der Sonnentherapie.

F r a n k (Leipzig).

August Bier. *Über die Behandlung der sogenannten „chirurgischen" Tuberkulose in eigenen Anstalten und Krankenhausabteilungen.* (Tuberkulosis, 1918, Bd. XVII, S. 51.)

„Die operativ-chirurgische Behandlung der Knochen-, Gelenk-, Drüsen- und Hauttuberkulose ist nicht mehr berechtigt und sollte nicht mehr ausgeübt werden", sie ist durch die konservative Behandlung weit überholt. Blutige Operationen sind zu beschränken auf stellungverbessernde und verschönernde Eingriffe und eventuell noch auf die Entfernung von Sequestern. Von entlastenden und die Stellung verbessernden Verbänden wird reichlich Gebrauch gemacht, dagegen vermeidet Verf. alle die erkrankten Gelenke feststellenden Verbände. Bei Anwendung geeigneter konservativer Mittel ist die Ruhigstellung für die Ausheilung der Tuberkulose durchaus entbehrlich. Sie läßt sich nur auf Kosten der späteren Gebrauchsfähigkeit der Glieder, die versteifen, ausführen. Ganz zu verwerfen ist der Gipsverband.

Neben ausgiebiger Sonnenbehandlung wird hauptsächlich Stauungshyperämie angewandt, die mit interner Jodapplikation kombiniert wird. Jodoform wendet B i e r nicht mehr an. Weiter werden neben guter Ernährung künstliche Lichtbehandlung und Tuberkulinkuren empfohlen. F r a n k (Leipzig).

Syphilis.

Erwin Meyer. *Klinische und experimentelle Untersuchungen über die Wirkung des Salvarsans auf die kongenitale Syphilis des Fötus bei Behandlung der Mutter.* (Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., 1915, Bd. LXXVII, S. 20.)

Nach den klinischen Beobachtungen scheint die Behandlung der Mutter die Infektion des Kindes während des intrauterinen Lebens zu beeinflussen. Der Erfolg der Salvarsanbehandlung ist wohl in der Hauptsache der primären Beeinflussung der mütterlichen Lues zuzuschreiben. Das Salvarsan wird von den schwangeren Frauen gut vertragen. Ein Absterben des Fötus nach einer Salvarsaninfusion ist nicht beobachtet worden. Verf. ist dafür, Kinder syphilitischer Mütter, auch wenn klinische und serologische Zeichen der Syphilis fehlen, nach der Geburt antiluetisch zu behandeln. Keller.

Ernst Slawik. *Meningismus nach Injektion von Neosalvarsan bei einem Säugling.* (Med. Klin., 1917, S. 395.)

Bei dem Kinde einer luetischen Mutter wurde eine Schmierkur eingeleitet und nach der Beendigung derselben 0·075 g Neosalvarsan injiziert. Drei Tage später tonisch-klonische Krämpfe, Genickstarre, Spannung der Fontanelle, starke Steigerung der Patellarreflexe. Das klare Lumbalpunktat enthielt wenige Lympho- und Leukozyten, keine Bakterien und wenig Eiweiß. Nach weiteren 3 Tagen erholte sich das Kind langsam; eine Schädigung blieb nicht zurück. Keller.

E. Hoffmann (Bonn). *Weitere Erfahrungen über Salvarsannatrium.* (Deutsche med. Wochenschr., 1917, S. 129.)

Das in Form konzentrierter Lösungen (beim Erwachsenen 0·45—0·6 in 10 cm^3 frisch destillierten Wassers) intravenös injizierte Salvarsannatrium wird gut vertragen und steht hinsichtlich der Dauer der Wirksamkeit dem Altsalvarsan etwas nach, während es das Neosalvarsan zu übertreffen scheint. Bei primärer seronegativer und seropositiver Syphilis wird eine starke kombinierte Hg-Salvarsankur (5—8 Injektionen von Salvarsannatrium) empfohlen; bei frischer sekundärer Syphilis sind 2 durch 2—3monatiges Intervall getrennte Kuren notwendig. Frank (Leipzig).

Trinchese (Berlin). *Die positive Wassermannsche Reaktion als Zeichen der Infektiosität der Lues.* (Deutsche med. Wochenschr., 1917, S. 38.)

Die positive Wassermannsche Reaktion ist an die Anwesenheit von Spirochäten im Organismus gebunden, doch kann auch die Wassermannsche Reaktion auf kurze Zeit negativ ausfallen, um dann wieder positiv zu werden. Es liegen Beobachtungen vor, daß während der negativen Periode die Infektiosität doch weiter bestehen kann. An 6 Fällen konnte Verf. feststellen, daß

genügend behandelte, äußerlich symptomlose Männer, die eine positive Wassermannsche Reaktion aufwiesen und deren Erkrankung 3—5 Jahre vor der Verheiratung begonnen hatte, die Frauen infizierten, die dann luetische Kinder gebaren; weniger groß ist die Gefahr bei Tabikern, bei denen in 9 Fällen niemals eine Infektion der Frau zu beobachten war. In diesen Fällen blieben die Wassermannsche Reaktion und auch der klinische Befund der Frauen vollständig negativ. Die Kinder wurden lebend und gesund geboren. Diese Erscheinung spricht mehr für eine Entartung der Spirochäte als für eine „biologische" Veränderung.

Die Übertragungsmöglichkeit der Lues durch die Milch symptomfreier, luetischer Mütter hält Verf. für erwiesen. In einem Falle gelang es, mit der Milch einer symptomlosen Frau, die ein mazeriertes Kind im 8. Monat geboren hatte, bei einem Kaninchen ein Hodensyphilom hervorzurufen. Es erscheint deshalb angebracht, Ammen einer Wassermannschen Reaktion zu unterziehen.

Frank (Leipzig).

A. Pöhlmann (München). *Die neue serochemische Syphilisreaktion von Bruck.* (Deutsche med. Wochenschr., 1917, S. 365.)

Verf. unternimmt eine Nachprüfung der serochemischen Syphilisreaktion von Bruck und kommt zu dem Resultat, daß diese bei latenter Lues und häufig auch bei manifesten luetischen Erscheinungen fast vollständig versagt. In 15% der Fälle gibt sie unspezifische Resultate. Quantitativ wird bei Lues II und bei nicht syphilitischen Affektionen gelegentlich gleich starke positive Reaktion beobachtet. Mit der Wassermannreaktion geht die Reaktion nicht parallel. Im Hinblick auf seine Ergebnisse lehnt Verf. die Bruck-sche Reaktion ab. Frank (Leipzig).

Hauptmann (Freiburg i. Br.). *Zur Bruck schen „sero-chemischen Reaktion" bei Syphilis.* (Deutsche med. Wochenschr., 1917, S. 490.)

Das Resultat der Nachprüfung in 114 Fällen ist, daß bei der Reaktion weder eine für praktische noch für wissenschaftliche Zwecke brauchbare Übereinstimmung mit der Wassermannschen Reaktion noch mit der klinischen Diagnose vorhanden ist. Zu der angegebenen Form muß die Reaktion also abgelehnt werden.

Frank (Leipzig).

Noehte (Halle a. S.). *Pupillenanomalien bei viszeraler Lues.* (Deutsche med. Wochenschr., 1917, S. 272.)

Pupillenanomalien sollten in jedem Falle an Lues denken lassen; nur dann nicht, wenn alle außerdem noch vorhandenen Symptome bestimmt nicht luetischer Art sind. Frank (Leipzig).

A. Sordelli und **H. Fischer** (Buenos Aires). *Die Gerinnungsreaktion nach Klinger-Hirschfeld bei Syphilis.* (Deutsche med. Wochenschr., 1917, S. 326.)

210 Untersuchungen syphilitischer Sera nach Wassermann und Klinger-Hirschfeld ergaben in 93·2% übereinstimmende Resultate. Frank (Leipzig).

Zirkulationsapparat.

Weber. *Über Wachstum und Ernährungserfolge bei Kindern mit angeborenem Herzfehler.* (Monatsschr. f. Kinderheilk., Bd. XVIII, Heft 2.)

Länge, Gewicht, Index ponderalis waren bei der übergroßen Mehrzahl der untersuchten Kinder mit kongenitalen Herzfehlern auch bei gutem Ernährungszustand mitunter sogar bedeutend geringer als bei den Camererschen Normalkindern. Zwischen der Art des Herzfehlers und den Ernährungserfolgen konnten keine Zusammenhänge gefunden werden. Ernährungsschwierigkeiten bieten vor allem die blausüchtigen Kinder. Kinder, deren Organe Stauungssymptome zeigten, Kinder mit Dyspnoe — vor allem wieder in Kombination mit Blausucht — zeigten schlechte Ernährungserfolge.

Viele Kinder zeigten außer dem angeborenen Herzfehler noch weitere körperliche oder geistige Defekte, die sich stets bei den hypotrophischen kongenital herzkranken Kindern fanden. Hypotrophie oder Infantilismus fanden sich auch bei einigen Kindern, ohne daß man von einem ursächlichen Zusammenhang zwischen kongenitalem Herzfehler und Hypotrophie sprechen kann. Anderseits gibt es auch Kinder mit schlechtem Ernährungszustand, für den keine andere schädigende Ursache festgestellt werden konnte als eben der kongenitale Herzfehler. Autoreferat.

Th. Fahr (Hamburg). *Die Ursachen der Blutdrucksteigerung und Herzhypertrophie, insbesondere beim Morbus Brightii.* (Deutsche med. Wochenschr., 1917, S. 227 und 264.)

Die Ursachen der Blutdrucksteigerung sind sowohl chemischer wie mechanisch-physikalischer, wie physiologischer Art. Der Blutdruck kann sowohl konstant wie nur vorübergehend gesteigert sein. Die Herzhypertrophie braucht nicht das Produkt einer konstanten, sie kann auch das Produkt einer häufiger sich wiederholenden, vorübergehenden Blutdrucksteigerung sein. Der wichtigste, wenn auch vielleicht nicht einzige Anreiz zur konstanten Blutdrucksteigerung geht von der Niere aus. Diese Drucksteigerung ist in der Hauptsache ein kompensatorischer Vorgang; entweder handelt es sich dabei um das Bestreben, bei entsprechender Verkleinerung des sezernierenden Parenchyms den Nierenrest besonders stark zu durchspülen oder es soll in anderen Fällen die Erschwerung des Kreislaufes in der Strombahn der Niere überwunden werden, um die lebensnotwendige Durchblutung der Niere in entsprechender Weise in Gang zu halten. Zu dieser kompensatorischen Drucksteigerung können sich andere, zur Drucksteigerung führende Ursachen summieren, z. B. die direkt pressorisch wirkende Retention harnfähiger Substanzen; anderseits ist ein Darniederliegen der Funktionen im Organismus, eine man-

gelnde Anspruchsfähigkeit des Körpers imstande, die Blutdrucksteigerung im Sinne einer Abnahme zu beeinflussen.

Frank (Leipzig).

Respirationsorgane.

K. Ochsenius (Chemnitz). *Zur Therapie der rezidivierenden Bronchitis im Kindesalter.* (Deutsche med. Wochenschr., 1917, S. 811.)

Bei Bronchitiden im Kindesalter, besonders bei solchen mit reichlicher Sekretion einschließlich dem Asthma bronchiale, ist die Durstkur ein sicher wirkendes therapeutisches Hilfsmittel.

Frank (Leipzig).

O. Kalb (Stettin). *Extrapleurale Pneumolyse mit Plombierung bei nichttuberkulöser Kavennenbildungen der Lunge.* (Deutsche med. Wochenschr., 1917, S. 198.)

Verf. empfiehlt in den Fällen, wo durch Pleuraverwachsung ein künstlicher Pneumothorax nicht möglich ist, die Plombierung. Der Eingriff ist technisch relativ einfach (interkostal geführter Hautschnitt, Resektion eines fingerlangen Rippenstückes, Loslösung der Pleura costalis von der inneren Thoraxwand, Einlegen der Plombe, die eine Paraffinmischung darstellt, und Wismut und Vioform enthält, noch schmiegsam sein muß und in nicht zu großen Stücken auf einmal eingepreßt werden darf). Ganz exakte Muskel- und Hautnaht ist sehr wichtig. Das Verfahren ist für den Patienten weniger angreifend und entstellend wie eine Thoracoplastik und komprimiert im Gegensatz zum Pneumothorax nur die kranken und keine gesunden Lungenpartien. Bei Doppelseitigkeit des Prozesses ist auch dieses Verfahren kontraindiziert. Frank (Leipzig).

S. Wateff (Sofia). *Über den Reflex des Musculus tensor fasciae latae bei Pneumonie.* (Deutsche med. Wochenschr., 1917, S. 202.)

Der Reflex (beim Bestreichen der Fußsohle — nach Art der Prüfung des Babinskischen Fußsohlenreflexes — isolierte Zusammenziehung des Musculus tensor fasciae latae) fand sich konstant in allen Fällen von Pneumonie, während er bei anderen fieberhaften Erkrankungen fehlte und nur mit Bewegung des Fußes oder des ganzen Beines auftrat. Frank (Leipzig).

Innere Sekretion.

S. v. Dziembowski (Posen). *Dystrophia adiposo-genitalis mit Myopathie.* (Deutsche med. Wochenschr., 1917, S. 654.)

Kasuistische Mitteilung. Der Fall ist bemerkenswert durch eine auffallende Schlaffheit der Muskulatur. Es wurde Pituitrin und Hypophysin injiziert; nach 14 Tagen war ein Erfolg unverkennbar. Frank (Leipzig).

Verdauungsapparat.

Rietschel. *Zur operativen Behandlung der angeborenen Pylorusstenose der Säuglinge.* (Med. Klin., 1918, Nr. 19, S. 457.)

Die interne Behandlung behauptet auch heute noch den ersten Platz. Falls sich aber nicht bald deutliche Erfolge zeigen oder bedrohliche Symptome auftreten (dauernde Gewichtsabnahme, toxische Symptome, Zucker im Urin, leichte Benommenheit), soll man mit der Operation nicht zu lange warten, da die Prognose derselben um so besser ist, je widerstandsfähiger das Kind ist. Sicherste und einfachste Operation ist die partielle Pyloroplastik nach Weber-Ramstedt. Keller.

R. Fritzsche. *Über primäres Magensarkom im Kindesalter.* (Arch. f. Verdauungskrankh., Bd. XXIV, 1918, S. 403.)

Ausführlicher Sektionsbefund (und histologischer Befund) eines Falles von diffusem Lymphosarkom des Magens mit Durchbruch in die Peritonealhöhle bei einem 13jährigen Mädchen. Übersicht über die einschlägige Literatur. Reuß (Wien).

Roedelius (Hamburg-Eppendorf). *Die Nachbehandlung der diffusen Peritonitis.* (Deutsche med. Wochenschr., 1917, S. 296.)

Verf. bekennt sich zur sogenannten Spülmethode. Zur Nachbehandlung werden empfohlen: Kochsalzinfusionen, Hochstellung des Bettkopfendes, vorsichtige Zufuhr von Flüssigkeit und Nahrung, Katheterisieren bei 12—18stündiger Harnverhaltung; Anwendung von Narkoticis (Morphium und Pantopon) und Exzitantien, beide oft kombinierend; Glasdrainage, häufiger Verbandwechsel mit Spülung der Wundhöhle; Bestreichung der Wundumgebung mit Salbe; in der weiteren Nachbehandlung hat sich Höhensonne bewährt. Je nach dem Kräftezustand des Patienten wird das frühe Aufstehen empfohlen zur Vermeidung von Lungenkomplikationen, Thrombosen und Embolien, zur Verhinderung der Urinretention, zur Anregung der Darmtätigkeit sowie Hebung des Allgemeinbefindens. Vor dem Aufstehen gymnastische Übungen im Bett. Weitere Verabreichung von Exzitantien. Die Vermeidung der postoperativen Darmlähmung wird erstrebt mit häufigem Lagewechsel, Neben-das-Bett-Setzen, Frühaufstehen, Darmrohr, Klysmen und Wärmeapplikation; bei der medikamentösen Behandlung findet Verwendung das Sennatin (kurz nach der Operation 3 cm^3 intramuskulär; es wird auch von Kindern gut vertragen) oder in schweren Fällen Physostigmin. Das Erbrechen wird bekämpft mit Magenspülungen, bei absolutem Aussetzen jeglicher Zufuhr per os. häufigem Lagewechsel (Bauch- oder Knieellenbogenlage) und eventuell rektale Ernährung. Frank (Leipzig).

A. Gottstein (Charlottenburg). *Zur Epidemiologie der Appendizitis.* (Deutsche med. Wochenschr., 1917, S. 355.)

Die Appendizitistodesfälle, die bis 1914 eine ständige Zunahme zeigten, gingen 1915 und 1916 stark zurück. Das Absinken erstreckt

sich nicht nur auf Kriegsteilnehmer, sondern auch auf Frauen, Kinder und Greise. Die Ursachen liegen weniger in den veränderten Ernährungsverhältnissen und der verbesserten Diagnostik als in anderen Faktoren, die zur Aufklärung noch mühevoller und eingehender Arbeit bedürfen. Frank (Leipzig).

Hammes (Trier). *Spontanausstoßung eines nekrotischen Wurmfortsatzes. Eigentümlicher Pneumonieverlauf. Fünfmarkstück durch Gewehrschuß in den Thorax getrieben.* (Deutsche med. Wochenschr., 1917, S. 270.)

Kasuistische Mitteilung. Frank (Leipzig).

Leber und Gallenwege.

J. Buzik. *Zur Lehre des angeborenen Verschlusses der großen Gallengänge.* (Arch. f. Verdauungskrankh., Bd. XXII, 1916, S. 370.)

Anatomisch-histologische Befunde bei 3 Fällen von kongenitalem Gallengangverschluß. Die Gallengangsatresien sind in vollkommene Analogie zu setzen zu ähnlichen Prozessen im Darm, insbesondere im Duodenum. Je nach dem zeitlichen Moment, in welchem die Lösung der physiologischen Epithelokklusionen im Bereich der Gallengänge gestört wird, resultieren differente Bilder von zirkumskripter Stenose bis zu vollkommener Atresie. Für eine luetische Ätiologie keinerlei Anhaltspunkte. Reuß (Wien).

A. Albu und **H. Hirschfeld.** *Beiträge zur Lehre vom hämolytischen Ikterus.* (Arch. f. Verdauungskrankh., Bd. XXIII, 1917, S. 1.)

Bericht über 8 Fälle, bei denen sich der Ikterus 7mal bald nach der Geburt oder in der ersten Kindheit gezeigt hatte. In allen Fällen mäßige Lebervergrößerung, Milztumor in mittleren Grenzen; mäßige Anämie, zum Teil mit erhöhtem Färbeindex; häufig Urobilin- und Bilirubinämie; keine Hämolysine im Blut. Die Therapie bestand in Arsenkuren, welche vorübergehende Besserung erzielten, das Wiederauftreten von Blutzerfallskrisen aber nicht verhinderten. Eisendarreichung ist in Anbetracht der genügenden Eisenmengen im Organismus überflüssig. Zweimal wurde die Milz exstirpiert. Ein Patient mit dem Bild der perniziösen Anämie starb kurz nach der Operation, welche im zweiten Fall eine ausgezeichnete Wirkung hatte. Besprechung der Anatomie, Pathogene und Differentialdiagnose.

Reuß (Wien).

Zentralnervensystem.

T. Zeissler und **F. Riedel** (Altona). *Zwei Fälle von Meningokokkensepsis ohne Meningitis und ihre Diagnose.* (Deutsche med. Wochenschrift, 1917, S. 258.)

Besprechung der zur sicheren Diagnose der Meningokokkämie nötigen Untersuchungen: Vor allem sind zur Sicherung der Dia-

gnose mehrere größere Blutentnahmen nötig; die Kokken werden am besten identifiziert durch 1. Menschenblut-, Traubenzucker-, Agarplatten; 2. Gramfärbung; 3. Agglutination; 4. v. Lingelsheimsche Zuckernährböden; 5. Kulturen in gewöhnlicher Bouillon und auf gewöhnlichem Agar.

Schilderung zweier Fälle von Sepsis, die beide ohne jedes meningitische Symptom verlaufen sind. Das im ersten Falle immer in typischer Weise rezidivierende Exanthem fehlt im zweiten Falle. Im ersten Falle erfolglose Serumbehandlung, deshalb wird im zweiten Falle der Versuch mit großen intravenösen Dosen Aqua destillata gemacht, der zu so überraschend gutem Erfolg führt, daß weitere Versuche erwünscht sind. Es muß bei kryptogenetischer Sepsis immer an die Möglichkeit einer Meningokokkensepsis gedacht werden.

Frank (Leipzig).

H. Mammele. *Habituelle Hyperthermie bei Sklerose der Stammganglien.* (Monatsschr. f. Kinderheilk., Bd. XVIII, Heft 1.)

Krankengeschichte und Obduktionsbefund eines 17 Monate alten Kindes mit Hydrozephalus, Idiotie, Amaurose, habitueller Hyperthermie, Spasmophilie und Dysenterie, der das Kind erlag. Der Obduktionsbefund zeigte eine Hypertrophia cerebri (Gewicht 1710 g), Sklerose der Stammganglien, besonders des Thalamus und des Kleinhirnwurms, und einen Hydrocephalus internus.

Drei besonders hervorgetretene Erscheinungen: 1. diffuse, allgemeine Hypertrophie des ganzen Gehirns, 2. diffuse Verhärtung der Stammganglien, 3. Hydrocephalus internus, werden einzeln geschildert und dadurch die Krankheitserscheinungen erklärt. Die verschiedenen Erscheinungen werden als einheitliches Gesamtkrankheitsbild aufgefaßt. Die besonders auffallenden Tatsachen der anhaltenden subfebrilen Temperaturen werden, da sich keine andere Erklärung finden läßt, mit dem Wärmezentrum in Zusammenhang gebracht. Die Störung der zentralen Wärmeregulation ist mit größter Wahrscheinlichkeit durch die Sklerose im Gebiete des Wärmezentrums hervorgerufen.

Autoreferat.

Ad. Czerny. *Inwieweit läßt sich die Prognose zerebraler Anomalien bei Kindern beurteilen?* (Berliner klin. Wochenschr., 1918, Nr. 24.)

In gedrängter Kürze bespricht Verf. einige Erfahrungen aus der Praxis, von denen folgendes hervorgehoben sei. Die Schilddrüsenbehandlung wirkt vorwiegend auf die körperlichen Symptome des Myxödems. Tempo und Grad der geistigen Entwicklung werden selten dadurch beeinflußt. Diese hängen von dem Grade der Beteiligung des Gehirnes und von der Intensität der Erziehungsmaßnahmen ab. Letztere sind nicht zu unterlassen und bedürfen besonderer Aufmerksamkeit. Unter den Kindern mit zerebralen Anomalien, die sich in Imbezillität oder Idiotie äußern, lassen sich zwei Typen unterscheiden. Die einen können, besonders bei zweckmäßiger Erziehung, eine mehr oder minder weit reichende Gehirnfunktion er-

langen, wogegen bei den anderen jede Entwicklung zerebraler Funktionen ausbleibt. Bezüglich der ersteren scheint die Möglichkeit extrazerebraler Ursachen diskutierbar, bei den letzteren sind irreparable Defekte des Gehirnes anzunehmen. Ein brauchbarer Maßstab für die Beurteilung der Prognose ist der Zeitpunkt der Entwicklung des Wortverständnisses und der Sprache. Wenn das Wortverständnis erst nach Ablauf des zweiten Lebensjahres erwacht und dementsprechend die Wortbildung gegen Ende des dritten Lebensjahres oder später einsetzt, dann ist die Diagnose einer Imbezillität oder Idiotie begründet. Im allgemeinen ist die Prognose um so ungünstiger, je später die Sprachentwicklung erfolgt. Schwierigkeiten macht die Prognose in den Fällen von leichten zerebralen Anomalien bezüglich der Schulbildungsfähigkeit. Keller.

Cassel. *Über Mißbildungen am Herzen und an den Augen beim Mongolismus der Kinder.* (Berliner klin. Wochenschr., 1917, Nr. 7.)

Unter 60 beobachteten Fällen 8 mit angeborenem Herzfehler und 3 mit angeborenem Katarakt. Keller.

Nilsson (Upsala). *Blutzuckerbestimmungen bei einem Fall von infantilem Myxödem.* (Deutsche med. Wochenschr., 1917, S. 41.)

Blutzuckeruntersuchungen nach Bang bei einem 17jährigen Patienten, bei dem nach 2monatiger Schilddrüsentablettenbehandlung höhere Blutzuckerwerte nach Darreichung von 100 g Traubenzucker und eine längere Dauer der Hyperglykämie gefunden wurden als vor der Behandlung. Glykosurie trat nicht auf. Der sonstige Effekt der Behandlung war gering. Frank (Leipzig).

O. Kalb (Stettin). *Zur operativen Behandlung der Epilepsie.* (Deutsche med. Wochenschr., 1917, S. 144.)

Mitteilung eines Falles von Epilepsie bei einem 14jährigen Mädchen, bei dem nach vergeblicher Beeinflussung der Anfälle durch interne Maßnahmen die operative Behandlung vorgenommen wurde. Es fanden sich auf der vorderen und hinteren Zentralwindung über Fünfmarkstückgröße ausgedehnte Veränderungen der Gehirnrinde. Letztere war in diesem Bereich von zahlreichen linsen- bis erbsengroßen braunrötlichen Stellen durchsetzt, welche zum Teil kleinste Zystchen enthielten (alte Blutungen). Es wurde eine inselförmige Exstirpation bis zu etwa 5 mm Tiefe vorgenommen und etwa ein Dutzend derartige Inseln veränderter Hirnrinde entfernt. Es besserten sich die vor der Operation bestehenden Sprachstörungen und die Lähmung der rechten Gliedmaßen. Epileptische Anfälle sind bis 1½ Jahre nach der Operation nicht mehr aufgetreten.

Frank (Leipzig).

Ph. Jung (Göttingen). *Die Behandlung der Eklampsie.* (Deutsche med. Wochenschr., 1917, S. 225.)

Vortrag über Wesen, Therapie, Komplikationen und Prognose der Eklampsie. Frank (Leipzig).

H. Kleinschmidt. *Ein Beitrag zum Spasmophilieproblem.* (Berliner klin. Wochenschr., 1918, Nr. 43.)

Das Fazialisphänomen besitzt im ganzen Kindesalter pathologische Bedeutung; es zeigt das Vorhandensein einer angeborenen funktionellen Minderwertigkeit des Nervensystems an. Eine Unterabteilung unter den Störungen des Nervensystems, die mit mechanischer Übererregbarkeit einhergehn können, ist die Spasmophilie.
Keller.

Levin (Berlin). *Enuresis nocturna bei einem Erwachsenen mit angeborenem Mangel der Vorsteherdrüse.* (Deutsche med. Wochenschr., 1917, S. 274.)

Mitteilung und Besprechung eines Falles: 17jähriger Enuretiker mit Entwicklungshemmung der äußeren Genitalien und vollständig fehlender Prostata; dagegen keinerlei Symptome von Myelodysplasie. Die Ursache der Enuresis ist der in der Überschrift angegebene Mangel der Prostata. Frank (Leipzig).

Soffwechselkrankheiten.

H. Kleinschmid. *Diabetes mellitus im Kindesalter.* (Med. Klin., 1916, S. 1277.)

Im Kindesalter ist die leichte Form des Diabetes nicht so selten, wie vielfach angenommen wird. Nur kann der Übergang in die schwere Form viel schneller eintreten als bei Erwachsenen. Bei der Behandlung wird oft zu wenig Wert auf die quantitative Regelung der Kost gelegt. Interkurrente Krankheiten führen leicht zu Rezidiven und bei Häufung zu einer bedenklichen Verminderung der Toleranz. Keller.

Haut.

Albrecht Mertz. *Beobachtungen an den Hautkapillaren von Säuglingen.* (Monatsschr. f. Kinderheilk., Bd. XVI, 1920.)

Etwa 100 Säuglinge wurden nach der Weißschen Methode der mikroskopischen Kapillarbetrachtung an der Haut-Nagelwall-Grenze, dem sogenannten Limbus, untersucht. Besonders wurden die exsudativen Kinder berücksichtigt, zumal nach einer während dieser Untersuchungen erschienenen Arbeit von Holland, Meyer und Müller bei diesen charakteristische Befunde zu erheben sein sollen, die in Verlängerung, Vermehrung und vermehrter Anastomosenbildung der Kapillaren bestehen sollen. Diese Befunde müssen als irrig zurückgewiesen werden, da bei 45 genau beobachteten Fällen das betreffende Kapillarbild sich fast ebenso häufig bei nicht exsudativen als bei exsudativen Kindern fand.

Die Kapillarbeobachtung des Säuglings zeigt am Limbus eine allmähliche Entwicklung der Schlingchen mit zunehmendem Alter,

die von dem Zustand der körperlichen Allgemeinentwicklung sichtlich beeinflußt wird. In den ersten 3 Monaten finden sich fast ausschließlich ganz kurze Papillarschlingchen, gerade auch bei exsudativen Kindern, so daß also erst recht nicht aus dem Kapillarbild im voraus auf eine noch nicht manifeste exsudative Diathese geschlossen werden kann, wie das Holland und Meyer wollen. Als durchschnittliche Schlingenlänge kann bezeichnet werden in den ersten 3 Monaten etwa eine solche von 20—50 μ, von 3—6 Monaten von 200 μ, nach einem halben Jahre 240—260 μ. Die Länge und das übrige morphologische Verhalten der Kapillaren wird sehr wesentlich vom anatomischen Zustande des Limbus beeinflußt, der sehr wechselnd ist und bei exsudativen Kindern häufig sehr gut, in schwersten Fällen aber infolge übermäßiger Desquamation auch kaum ausgebildet sein kann. Vielfach findet sich eine den Durchschnitt überragende Länge und Vermehrung sowie Anastomosenbildung bei Kindern, die übererregbar sind — vermehrte Vasomotorenreaktion, erhöhter Bultdruck usw. —, so daß dieses Bild mit Vorbehalt als Ausdruck dieser Störung zu betrachten ist, die bei exsudativen Individuen eher häufiger vorkommt. Auffälllig sind die an und für sich sehr erheblichen vasomotorischen Vorgänge an den Kapillaren bei allen Säuglingen im Vergleich zu denen bei Erwachsenen nach den Angaben von Weiß. Es läßt sich vermuten, daß dies eine dem Kapillarkreislauf der Säuglinge zukommende Besonderheit sei. Vor einer Überwertung in der Deutung der durch die Kapillarbetrachtung gesehenen Bilder wird ganz allgemein gewarnt; zur Beurteilung von Stauungsvorgängen sind sie brauchbar, eine Suffizienzprüfung des Kreislaufes nach Weiß ist aber schon wegen der ständig wechselnden spastischen Vorgänge an den Kapillaren von vornherein abzulehnen.

Autoreferat.

Hans Aron. *Die Behandlung der Impetigo contagiosa, impetiginöser und anderer Ekzeme mit Trockenpinselungen.* (Berliner klin. Wochenschrift, 1917, Nr. 33.)

Eine Quecksilber-Schwefel-Trockenpinselung:

Rp.: Hydrarg. sulf. rubr. 0·5
Talc.
Sulf. subl. āā 12·0
m. f. pulv.
Aq.
Spiritus ana ad 50·0

Oder eine mildere Zinktrockenpinselung:

Rp.: Zinc. oxyd.
Sulf. praec.
Talc.
Perkaglycerin ana 5·0
Spirit.
Aq. ana 20·0

Oder in Verbindung mit Silbernitrat:

Rp.: Bismut. subgall. 5·0
Zinc. oxyd.
Talc.
Perkaglycerin ana 10·0
Sol. arg. nitr. 0·3/30·0 Keller.

Peutz (Rotterdam). *Zur Frage der Purpura erregenden Krankheitszustände.* (Deutsche med. Wochenschr., 1917, S. 75.)

Verf. bespricht die Schwierigkeit und die weit auseinander gehenden Meinungen in der Differenzierung der einzelnen Purpuraarten. Deutlich abgrenzbar ist nur der Begriff der Purpura idiopathica, wurzelnd in einer Anomalie der blutbildenden Organe; „eine kausal noch unbekannte, zu starke, fast blitzartige, degenerative Schwankung in der Blutplättchenanzahl". Wahrscheinlich besteht dabei auch eine allgemeine Gefäßwandschädigung. Das auffallendste Symptom ist die Verminderung der Blutplättchenzahl; dabei Blutungen leichter und schwerster Art.

Mitteilung:

1. eines Falles schwerer Thrombopenie, der nach Injektion von 10 cm^3 5%igen Koagulens Kocher-Fonio zur Ausheilung kommt. Zahl der Blutplättchen bei der Einlieferung 56890 im Kubikmillimeter Blut, bei der Entlassung 179000 im Kubikmillimeter Blut. Sterile Blutkulturen;

2. eines Falles mit hereditärer Hämophilie: Blutplättchen nicht vermindert, schwere Gerinnbarkeit des Blutes; zahlreiche Hämatome, häufig rezidivierende und sehr schmerzhafte Knie- und Ellenbogenschwellungen;

3. eines Falles von „chronischer Purpura, wobei das klinische Bild nahezu dem der echten hereditären Hämophilie gleicht, ohne aber ein hereditärer oder angeborener Krankheitszustand zu sein". Blutplättchen nicht vermindert, Blutgerinnung verzögert; zahlreiche Hämatome, die nicht durch Trauma hervorgerufen werden können. Schmerzlose Gelenkschwellungen bei gut erhaltener Beweglichkeit. Familienanamnese o. B. Verf. schlägt vor, die Bezeichnung „chronische Purpura" zu streichen und bei Fall 3 durch „nicht hereditäre Hämophilie" zu ersetzen.

Frank (Leipzig).

H. E. Schmidt (Berlin). *Idiosynkrasie der Haut gegen Röntgenstrahlen.* (Deutsche med. Wochenschr., 1917, S. 203.)

Klinische Erfahrungen sprechen dafür, daß es eine Idiosynkrasie der Haut gegen Röntgenstrahlen nicht gibt. Therapeutische Bestrahlungen und Durchleuchtungen dürfen nur mit ausdosierter Röhre oder mit Anwendung eines Dosimeters gemacht werden, um dem Einwand eines Kunstfehlers bei Röntgenschädigungen zu begegnen. Frank (Leipzig).

Obermüller. *Die Vlemingkxsche Lösung als gutes Krätze- und Läusemittel.* (Deutsche med. Wochenschr., 1917, S. 239.)

Empfehlung der Vlemingkxschen Lösung bei Skabies und Pedikulosis, bei der sie im Gegensatz zu anderen Mitteln mit Sicherheit auch die Eier vernichtet. Auch bei Akne, Pityriasis versicolor und rosea kann Solutio Vlemingkx mit Erfolg angewendet werden.

Frank (Leipzig).

E. Hoffmann (Bonn). *Über Solarson, Staphylokokkenvakzin und Röntgenbehandlung der Acne vulgaris.* (Deutsche med. Wochenschr., 1917, S. 393.)

Solarson, ein in Wasser lösliches, organisches Arsenpräparat, wird bei Lichen ruber, Neurodermatitis usw. empfohlen. Staphylokokkenvakzine hat sich besonders bei den Pyodermien und Furunkulosen der Säuglinge bewährt. Verf. verwendet entweder Autovakzine oder eine Mischvakzine aus 30 virulenten Stämmen. Auch Opsonogen (Güstrow) und Leukogen (Höchst) sind geeignet. Angewendet wird die Vakzine bei Kindern intraglutäal in Dosen von 5—10 Millionen Keimen; erfolgt keine Fieberreaktion, so steigt man alle 2—3 Tage auf 25, 50, 75, 100 und mehr Millionen Keime.

Bei der Acne vulgaris hat Verf. gute Erfolge mit der Röntgentherapie. Frank (Leipzig).

Bronner (Zahern). *Über Leukogen.* (Deutsche med. Wochenschr., 1917, S. 401.)

Empfehlung des Leukogens (Höchst) bei Furunkulose, Akne und Hydradenitis axillaris bei gleichzeitiger Behandlung nach althergewohnter Art. Frank (Leipzig).

Auge.

Kudrnáč (Horoitz-Böhmen). *Zur Therapie der Pneumokokkeninfektion des Auges (Pneumokokkenkonjunktivitis) durch Optochin.* (Deutsche med. Wochenschr., 1917, S. 73.)

Beschreibung einer Endemie einer Pneumokokkenkonjunktivitis unter den Kindern eines Waisenhauses. Die Therapie mit Optochin hydrochloricum (zuerst nach vorheriger Kokainisierung Einträufelung einer 2%igen Lösung 3mal täglich, dann einer 1%igen Lösung 4mal täglich) führte zu einem überraschenden Erfolg. Der intensive Katarrh der Bindehaut war schon 24 Stunden nach der Instillation fast verschwunden. 48 Stunden nach Beginn der Behandlung waren mittelschwere Fälle schon klinisch als geheilt anzusehen, die schwersten nach 3 Tagen. Ohne Optochinbehandlung dauerte die Krankheit durchschnittlich 5 Wochen. Frank (Leipzig).

Nase, Ohr.

H. Koenigsfeld (Freiburg i. Br.). *Bakteriologische Untersuchungen bei Ozäna.* (Deutsche med. Wochenschr., 1917, S. 236.)

Aus den bakteriologischen, experimentellen und klinischen Untersuchungen geht nicht hervor, daß der Coccobacillus foetidus ozaenae eine spezifische Bedeutung für die Ozäna hat und als ihr Erreger in Frage kommt. Frank (Leipzig).

K. Amersbach (Freiburg i. Br.). *Die ätiologische und therapeutische Bedeutung des Coccobacillus foetidus ozaenae Perez.* (Deutsche med. Wochenschr., 1917, S. 262.)

Gegen die spezifische Wirkung der von Hofer hergestellten polyvalenten Vakzine des Coccobacillus foetidus ozaenae Perez bei genuiner Ozäna des Menschen spricht die Tatsache, daß mit anderen Vakzinen, speziell der Friedländervakzine, gleiche Erfolge erzielt werden. Der beim Kaninchen durch den Perez-Hofer-Bazillus unter Umständen erzeugte eitrige Katarrh der Nase mit Atrophie der vorderen Muschel kann auch durch andere Eitererreger hervorgerufen werden. Die durch den Perezbazillus verursachte Nasenerkrankung hat mit der genuinen Ozäna des Menschen nichts zu tun, denn es fehlen ihr auch deren Kardinalsymptome: Fötor- und Borkenbildung. Das Kaninchen ist an sich als Versuchstier wenig geeignet wegen des von der menschlichen unteren Muschel verschiedenen Aufbaues seiner vorderen Nasenmuschel.

Frank (Leipzig).

Chirurgie.

S. Korach (Hamburg). *Über traumatischen Scharlach.* (Deutsche med. Wochenschr., 1917, S. 12.)

Mitteilung eines Falles: 24jähriger Kollege, der sich durch Fall eine oberflächliche Hautabschürfung und kleine Rißwunde zuzog und bei dem sich 48 Stunden später und nach direkter Berührung mit Scharlachkranken eine Lymphangitis scarlatinosa entwickelte. Am 3. Tage traten schwere Allgemeinerscheinungen und das Scharlachexanthem, am Halse beginnend, auf. Am folgenden Tage Ausbreitung des Exanthems und beginnende Angina. Am 5. Tage typischer Scharlach. An Hand dieses Falles und ähnlicher aus der Literatur wird die Möglichkeit eines „traumatischen Scharlachs" besprochen, wobei die Bezeichnung „chirurgischer Scharlach" für die Fälle beibehalten bleibt, bei denen chirurgisch Kranke respektive Operierte mit Scharlach infiziert wurden. Frank (Leipzig).

Orthopädie.

Edmund Falk. *Intrauterine Belastung und angeborene Wirbelsäuleverkrümmungen.* (Berliner klin. Wochenschr., 1918, Nr. 28.)

Auf Grund seiner Studien kommt Falk zu der Annahme, daß die letzte Ursache der Mehrzahl von angeborenen Wirbelsäuleverkrümmungen, die sich durch Störung der Morphogenese der Wirbel selbst charakterisieren (Halbwirbelbildung, nicht differenzierte Entwicklung der einzelnen Wirbelkörper, isolierte Entwicklung von Wirbelkörper und Bogen), in Ernährungsstörungen der embryonalen Zellen zu suchen ist, welche häufig bereits vor Anlage der blastematischen Wirbelsäule zu Änderung der Wachstumsrichtung und Wachstumsenergie der Embryonalanlage, zu einer Fruchtabbiegung führen. Keller.

Mißbildungen.

Eugen Holländer. *Familiäre Fingermißbildung (Brachydaktylie und Hyperphalangie.)* (Berliner klin. Wochenschr., 1918, Nr. 20.)

Das Charakteristische der bei verschiedenen Mitgliedern derselben Familie auftretenden Skelettmißbildung besteht in Ulnarstellung des Zeigefingers, Hyperphalangie des zweiten und dritten Fingers und Schwund der Mittelphalangen. Keller.

Wolff. *Ein Fall von angeborenem Schulterhochstand.* (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen, 1918, Bd. XXVI, H. 1, S. 26.)

Verf. beschreibt einen Fall von angeborenem Hochstand der linken Schulter mit Drehung der Skapula um die sagittale Achse und hakenförmige Ausziehung des inneren oberen Winkels bei einem 9jährigen Mädchen. Ein Muskeldefekt ist nicht nachweisbar. An sonstigen Deformitäten weist das Kind auf: Defekt zweier oberer Schneidezähne, eine linksseitige Halsrippe, Fehlen einer Rippe auf der linken Seite, ebenda Verwachsungen verschiedener Rippen untereinander, Spina bifida occulta des 7. Halswirbels und eine Skoliose der Wirbelsäule. Die familiäre Form liegt hier nicht vor. Die Geburt des Kindes war schwer, es kam asphyktisch zur Welt. Vor der Geburt soll viel Fruchtwasser abgegangen sein. H. Gelpke (Leipzig).

F. Chotzen. *Über Vorkommen und Bedeutung der Scapula scaphoidea.* (Berliner klin. Wochenschr., 1918, Nr. 40.)

Unter 400 Kindern der Breslauer Hilfsschulen traf Verf. die Scapula scaphoidea bei 270 = 59%. Sie wird am häufigsten in Verbindung mit Rachitis, oft mit hereditärer Lues, mit tuberkulöser Belastung, mit Mongolismus und anderen Idiotieformen gefunden. Sie stellt sich in eine Reihe mit den verschiedenen Degenerationszeichen. Ihr Vorkommen bei den verschiedensten Entwicklungsstörungen erklärt ihre Häufigkeit bei schwachsinnigen Kindern, bei denen sie in der Tat eine der häufigsten Mißbildungen ist. Keller.

F. Ebeler und **F. Duncker.** *Der angeborene Prolapsus uteri bei einem mit Spina bifida behafteten Neugeborenen.* (Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., 1915, Bd. LXXVII, S. 1.)

Beschreibung eines Falles von Spina bifida cystica (Myelomeningocele lumbosacralis) beim Neugeborenen, der durch Fußdeformitäten sowie Uterus- und Rektalprolaps kompliziert war. Aus der Literatur werden 16 Fälle von angeborenem Uterusprolaps zusammengestellt. In nicht weniger als 15 Fällen war der Uterusprolaps mit Spina bifida kompliziert. In einem Falle von Bürger und in dem vorliegenden Falle wurden die Muskelverhältnisse des Beckenbodens histologisch untersucht; es fand sich hochgradige Atrophie der Muskulatur. Die Spina bifida dürfte direkt als ätiologisches Moment für das Zustandekommen des Uterusprolapses aufzufassen sein. Keller.

Vakzination.

Böing (Lichterfelde). *Über die Dauer des Impfschutzes.* (Deutsche med. Wochenschr., 1917, S. 79.)

Eine Erwiderung auf den Aufsatz Dr. Gins in Nr. 34, 1916, dieser Wochenschrift. Frank (Leipzig).

Gins (Berlin). *Einige Bemerkungen zu Böings Kritik.* (Deutsche med. Wochenschr., 1917, S. 82.) Frank (Leipzig).

J. Schwalbe. *Sofortige Wiederholung der Impfung bei ihrer Erfolglosigkeit.* (Deutsche med. Wochenschr., 1917, S. 489.)

Verf. spricht den Wunsch aus, daß durch eine Bundesratsverordnung ganz allgemein die erneute Impfung unmittelbar nach der Feststellung ihrer Erfolglosigkeit, also bei der Nachschau, vorgeschrieben werden möge. Frank (Leipzig).

Tjaden (Bremen). *Sofortige Wiederholung der Impfung bei ihrer Erfolglosigkeit.* (Deutsche med. Wochenschr., 1917, S. 691.)

Zustimmung zu dem bereits referierten Vorschlag von Schwalbe, Deutsche med. Wochenschr., 1917, S. 489.

Frank (Leipzig).

Hygiene und soziale Medizin.

Hertha Siemering. *Fortschritte des Kinderschutzes und der Jugendfürsorge.* (Vierteljahrshefte des Archivs deutscher Berufsvormünder, 2. Jahrg., H. 1. Springer, Berlin.)

Die deutsche Jugendpflege des letzten Friedensjahres stand im wesentlichen im Zeichen des Ausbaues der Vereinsarbeit und der diese überspannenden staatlichen Organisationen. Die Förderung der Jugendpflege geschah von seiten der Bundesstaaten, Gemeinden

und vom Zentralausschuß aus vermittels ministerieller Erlässe zugunsten bestehender Vereine, ferner durch Errichtung eines zweiten Dezernats für Jugendpflege von der Zentralstelle für Volkswohlfahrt aus, durch die Erhöhung des staatlichen Jugendpflegefonds, durch Versicherungsverträge (Haft- und Unfallversicherung), Bildung von Ortsausschüssen, Anlage von öffentlichen Spielplätzen u. dgl., alles wertvolle Ansätze, staatlicherseits die Jugendpflege zu fördern. Weiter ist zu nennen die Grenzregulierung zwischen den preußischen Jugendpflegeausschüssen und dem Jungdeutschlandbund sowie die Einrichtung von Jugendämtern seitens einzelner Gemeinden. Auch von seiten der Kirche, der Schule und Schulverwaltung bemüht man sich in mannigfaltiger Weise um die Jugendvereinsarbeit, z. B. in Form von Jugendpflegeorganisationen der Inneren Mission, der christlichen Vereine junger Männer, des evangelischen Verbandes zur Pflege der weiblichen Jugend, in Württemberg durch das Institut des Jugendpastors, seitens der Schule durch die Jugendbundausschüsse, durch ministerielle Erlaubnis zum Eintritt in Schülerverbindungen wie Turnerschaften, Wandervogel, Jungdeutschlandbund, Pfadfinder u. ä. Noch nicht geklärt hingegen ist das Verhältnis der Fortbildungsschulen zur Jugendpflege, da hier Partei- und kirchenpolitische Dinge mit hineinspielen.

Was Ausbildung und Anstellung der Jugendpfleger und -pflegerinnen anbetrifft, so ist man bereits überall zu der Erkenntnis gekommen, daß man an die Stelle der ehrenamtlichen Tätigkeit die Berufsanstellung setzen muß.

Im Kriege wurde das Gebiet der Jugendpflege durch Herstellung von Liebesgaben, Unterstützung Bedürftiger, Abhaltung von Koch- und Einmachkursen sowie durch die militärische Vorbereitung der Jugend erweitert. Birk (Kiel).

Epstein. *Der soziale und rechtliche Schutz der Schwangerschaft und des ungeborenen Kindes.* (Sonderabdruck aus „Österreichisches Sanitätswesen". Hölder, Wien und Leipzig, 1917.)

Schutz der Schwangerschaft und des ungeborenen Kindes wird wie alle sonstige Fürsorge teils durch geschlossene Einrichtungen, teils durch offene Maßnahmen erreicht. Beide Zweige bedürfen der Verbesserung und des Ausbaues sowohl in rechtlicher wie in sozialer Hinsicht. Schwangerschafts-, Wöchnerinnen-, Säuglings- und Kleinkinderfürsorge müssen ohne Unterbrechung ineinander übergehen. Leider sind im Lauf der Zeiten Rückschritte in der Fortentwicklung der Fürsorge (in Österreich) eingetreten, indem seit 1890 — wohl aus geldlichen Rücksichten — die alte Bestimmung, daß Schwangere nicht vor den letzten drei Monaten der Schwangerschaft aufzunehmen seien, dahin abgeändert wurde, daß erst der letzte Schwangerschaftsmonat als Aufnahmetermin anzusehen sei. Daran hat bedauerlicherweise auch die Kriegszeit nichts geändert. Der Verf. wünscht nun, daß wenigstens bei den Ledigen und Bedürftigen die alte Bestimmung wiederhergestellt werde, während man es bei den Verheirateten wegen der Lockerung des Familienlebens, die in der Zeit des Krankenhaus-

aufenthaltes der Frau unvermeidlich sei, bei dem gegenwärtigen Zustand belassen könne. Er fordert ferner die Erweiterung des Schwangerenschutzes in den öffentlichen Gebäranstalten, Errichtung von Bezirksheimstätten für Wöchnerinnen und Schwangere, weitgehenden Schutz auch für „Frühschwangere". Auf dem Gebiete der offenen Fürsorge schlägt er poliklinische Beratungsstunden vor, erweiterte soziale Fürsorge, Rechtsschutz der Schwangeren, Vermehrung der Wöchnerinnenvereine, Ausfüllung der Lücken im Zivil- und öffentlichen Recht zum Schutz des neugeborenen Kindes, Entgegenwirken der Fruchtabtreibung, kurz: Schutz des Kindes ab ovo. All das bleibt aber nur Stückwerk, wenn nicht gleichzeitig ein Ausbau der Gewerbeordnung, der Krankenversicherungsgesetze, des Polizeiwesens und der Dienstbotenordnung erfolgt. Birk (Kiel).

A. Schloßmann (Düsseldorf). *Bevölkerungsstatistische Bemerkungen.* (Deutsche med. Wochenschr., 1917, S. 339.)

Verf. schlägt vor, die Höhe der Säuglingssterblichkeit durch einen Bruch zu kennzeichnen, in dem der Zähler die Säuglingssterblichkeitsziffer ist, also besagt, wieviel Säuglinge auf das Tausend der Bevölkerung in einem Jahre gestorben sind. Der Nenner des Bruches gibt die Geburtenziffer, sagt also, wieviel Kinder auf das Tausend der Bevölkerung geboren worden sind. Frank (Leipzig).

J. Bauer (Düsseldorf). *Der Schutz vor Infektionskrankheiten in Kinderheimen und Krippen.* (Deutsche med. Wochenschr., 1917, S. 206.)

Jeder Neuankömmling in Kinderheimen, Krippen, Kinderbewahranstalten soll als infiziert betrachtet werden und, sofern er Masern und Keuchhusten noch nicht überstanden hat, 14 Tage, sonst 7 Tage in einem Einzelzimmer oder Boxe isoliert werden, bis er in die gemeinschaftlichen Räume kommt. Jeder Infektionskranke, bei dem es sich um eine Krankheit mit langdauernder Immunität handelt (Masern, Scharlach, Keuchhusten), sollte vom behandelnden Arzt ein Zeugnis darüber ausgestellt bekommen, daß er die Krankheit überstanden hat. Frank (Leipzig).

Puppe (Königsberg). *Zur Psychologie und Prophylaxe des Kindesmordes.* (Deutsche med. Wochenschr., 1917, S. 609.)

In der Reichskriminalstatistik sind nur die wegen Kindesmord verurteilten Fälle verwertet, nicht aber die Fälle wegen fahrlässiger Tötung und die große Zahl der unbekannt gebliebenen Täterinnen und die Aussetzungen. Verf. berichtet über seine Erfahrungen als Gerichtsarzt; bei 60 genau untersuchten Fällen war in 49 Fällen Anklage erhoben worden; in 15 Fällen erfolgte Freisprechung. Die Hauptmotive waren Not und Schande. Bei den Todesursachen überwiegt der Tod durch Erstickung gegenüber den traumatischen Todesarten. Bei der Frage, wie eine Prophylaxe des Kindesmordes möglich ist, kommt Verf. zur Ablehnung der Erbauung von Findelhäusern; dagegen empfiehlt er Mütterberatungsstellen, Einzelpflege und Unterbringung in Heimen. Hierher gehört dann auch die Prophylaxe

der Fruchtabtreibung, des Geburtenrückganges und der Säuglingssterblichkeit. Schließlich wäre noch zu berücksichtigen eine Art Kindesversicherung, welche die Mittel zur Entbindung, Wochenbett und Stillen sowie zur Erziehung bis zum 14. Jahre gewährt.

Frank (Leipzig).

Schule.

Poetter (Leipzig). *Untersuchungen des Hämoglobingehaltes im Blute Leipziger Schulkinder vor und während der Zeit des Krieges.* (Deutsche med. Wochenschr., 1917, S. 590.)

Der Hämoglobingehalt des Blutes Leipziger Schulkinder (untersucht wurden 9—10jährige Knaben, 6—7- und 11—12jährige Mädchen) hat im Verlauf des Krieges deutlich zugenommen. Die Untersuchungen werden weiter fortgesetzt. Frank (Leipzig).

Bericht.

Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde in Berlin[1]).

Sitzung vom 10. Februar 1919.

1. **Finkelstein.** *„Krankenvorstellung. a) Fall von Erythema exsudativum bullosum.*

Knabe von 7 Jahren erkrankte, nachdem er sich angeblich an einem Brombeerstrauch verletzt hatte, unter Fiebererscheinungen und bekam plötzlich einen Blasenausschlag. Alle Extremitäten waren von haselnuß- bis gänseeigroßen Blasen besetzt, die auf leicht infiltriertem und gerötetem Grunde aufgeschossen waren und an Pemphigus erinnerten; außerdem fanden sich scheibenförmige Effloreszenzen bis zur Größe eines silbernen Fünfmarkstückes und darüber von braunroter Farbe, an ihrem Rande ein Kranz von Blasen von Erbsen- bis Bohnengröße; ähnliche Effloreszenzen am Genitale, am Gesäß und in den Mundwinkeln. Die Lokalisation war beiderseits durchaus symmetrisch und nur auf die Streckseiten beschränkt. Im übrigen außer hohem Fieber und deutlichem Milztumor keinerlei Erscheinungen. In der vierten Woche entwickelte sich eine Dilatatio cordis mit systolischem Geräusch, die sehr schnell zurückging. Mehrmalige Blutaussaaten blieben steril.

b) „Fall von Pyodermia vegetans."

Bei einem 11jährigen Mädchen entstanden linsen- bis erbsengroße eitrige Blaseneffloreszenzen auf gerötetem und infiltriertem Grunde, die sehr bald platzten, sich mit einem weißlichen, dünnen Belag überzogen und allmählich in großer Ausdehnung flächenhaft konfluierten. Der Grund dieses Ausschlages fing an zu vegetieren, die Grenzen waren wallartig infiltriert. Die Haut war derb und starr, außerordentlich schmerzhaft, so daß das Kind nicht imstande war, seinen Kopf zu bewegen. Der Ausschlag beschränkte sich auf die seitlichen Teile des

[1]) Nach dem Originalbericht in der Deutschen med. Wochenschr.

Halses, die Wangen bis zur halben Ausdehnung und das Gesicht, Naseneingang, Lippen und Augenlider, außerdem große Labien, Mons Veneris und rechten Zeigefinger. An den Grenzen dieses Ausschlages zeigten sich ab und zu Eruptionen, die immer wieder zurückgingen. Das befallene Gebiet deckt sich genau mit dem Innervationsgebiet des 1. und 2. Zervikalnerven und des ebenfalls vom oberen Zervikalgeflecht ausgehenden N. auricularis magnus. Der Gedanke an einen Zusammenhang mit dem neurotischen Moment ist nicht abzuweisen. Die bakteriologische Untersuchung ergab in den Blasen neben Staphylokokken Diphtheriebazillen. Injektion von 12.000 I.-E. war jedoch völlig wirkungslos.

2. **Czerny.** *„Die Ernährungstherapie der Osteopsathyrosis."*

Die Tatsache, daß auch bei Skorbut Knochenfrakturen und Osteoporosen vorkommen, ließ den Versuch gerechtfertigt erscheinen, die Fälle von Osteopsathyrosis so zu behandeln, als ob es sich dabei um besondere Formen von Skorbut handeln würde. Abgesehen von einer Nahrung, wie sie bei Rachitis angezeigt ist, erhielten die Kinder täglich 100 g Mohrrübensaft, der durch Auspressen von zerriebenen rohen Mohrrüben gewonnen wurde. Seitdem besserten sich die Erfolge bei Osteopsathyrose.

Sitzung vom 24. März 1919.

Ludwig Pick. *„Zur Röntgendiagnose der kongenitalen Knochensyphilis."*

Die Knochenveränderungen bei der angeborenen Lues sind, abgesehen von rein gummösen Formen, die fast regelmäßig zu findende Osteochondritis Wegners und die meist seltenere Periostitis ossificans. An Röntgenbildern wird gezeigt, daß durch die Röntgenuntersuchung die syphilitische Osteochondritis an manchen Knochen, am Darmbein, an der Skapula, an den kurzen Röhrenknochen der Extremitäten, an den Wirbelfortsätzen, -bögen und -körpern schon da aufgedeckt wird, wo sie makroskopisch noch nicht diagnostiziert werden kann. Deshalb ist die Röntgenuntersuchung ein unerläßlicher Teil der Sektion syphilitischer oder syphilisverdächtiger Föten, Neugeborenen und Säuglinge. Keller.

Besprechungen.

Ibrahim. *Über die Mütter.* (Jena, bei Fischer, 1917.)

In seiner akademischen Antrittsrede zur Übernahme der Professur für Kinderheilkunde in Jena wählte der Verf. das obige Thema, das ihm die mannigfaltigsten Anknüpfungspunkte an weiterliegende Fragen gab. Er ergeht sich in Betrachtungen über die Stellung der Mutter in der Literatur, über ihre Rolle in der Erziehung der Kinder, über die Bedeutung der Mütter, der Vorfahren und der Abstammung beziehungsweise Vererbung überhaupt für die Art der Kinder, er berührt auch die Fragen der Vorbereitung der Frauen für ihren Mutterberuf, das Problem der Ernährung des Kindes durch die eigene Mutter, die angebliche schlechte Muttermilch und die wahren Gründe des Nichtgedeihens mancher Kinder an der Brust der Mutter. Er erwähnt die Frage des Mutter„ersatzes" durch Säuglingsheime u. dgl., ferner die Fragen des Mutterschutzes durch Mutterschafts-

versicherung, Mütterheime, Stillkrippen sowie die aus Anlaß des Krieges geschaffenen gesetzlichen Beihilfen für Mütter: die Reichswochenhilfe, das Reichsstillgeld usw. Birk (Tübingen).

M. Flesch. *Die Entstehung der ersten Lebensvorgänge.* (Jena, bei Fischer, 1915. Vortrag vor Sanitätsoffizieren in Lille.)

Das Wesen des Lebens liegt in dem Zusammentreffen einer großen Summe von bestimmten Eigenschaften und in der regelmäßigen Aufeinanderfolge gewisser Vorgänge. Virchows Auffassung, daß die Zelle die Trägerin des organischen Lebens sei, besteht auch heute noch zurecht. Über sie hinaus vermag die Ehrlichsche Seitenkettentheorie über gewisse Entwicklungsvorgänge (Befruchtung, Vererbung, Absonderung, Ernährung, Wachstum) Aufschluß zu geben. Birk (Tübingen).

Elisabeth Berend. *Säuglingspflege in Reim und Bild.* (B. G. Teubner, Leipzig-Berlin 1916, Mk. 1·50.)

Gewiß, viele Wege führen nach Rom. Aber manch einer wird dagegen protestieren, ein so bedeutungsvolles Kapitel der speziellen Gesundheitslehre in Reime zu zwängen und mit mittelmäßigen Zeichnungen zu illustrieren. Säuglingspflege soll kein Reim- und Puppenspiel mehr sein. Wie man die „herbe Prosa und Nüchternheit"! des Lehrgegenstandes spielend leicht überwindet, dafür zeugen eine ganze Reihe von einschlägigen Büchern, Broschüren usw. Ich erinnere hier — um nur einiges zu nennen — an Pescatore, Keller-Birk, Zerwer, Welde u. a. m. Klotz.

Riether. *Säuglingspflege. Vorlesungen für Pflegerinnen und Mütter.* (Deuticke, Wien 1916.)

Gut und zweckentsprechend. Klotz.

Wagner. *Die künstliche Höhensonne.* (Graz, deutsche Vereinsdruckerei, 1917, 16·50 Mk.)

Die künstliche Höhensonne hat eine so ausgedehnte Verbreitung gewonnen, daß man sich kaum noch eine Klinik ohne sie vorstellen kann. Zweifellos ist an ihrer Heilkraft etwas daran.

In diesem Buche wird nun der Versuch gemacht, ihre therapeutische Wirkungsweise zu erklären. Es enthält reichlich viel und weithergeholte Theorie. Es ist aber ganz interessant zu lesen, da man mal erfährt, wie sich Dermatologen und Chemiker die Wirkung der Lichtstrahlen erklären. Inwieweit all diese Theorien auf festem Boden stehen, vermögen wir nicht zu beurteilen.

Birk (Tübingen).

H. Röder. *Naturgemäße Mandelbehandlung.* (*Flugschriften der medizinisch-biologischen Gesellschaft*, 1918, Hamburg.)

Der Verf. hat früher einmal — wie man aus diesem Heftchen erfährt — die Behauptung aufgestellt, daß die Gaumenmandeln eine

zentrale Stellung im Lymphgefäßsystem einnehmen. Sie seien die Lymphausscheidungsorgane und dienten zur Reinigung des Blutes und der übrigen Körpersäfte, seien überhaupt das übergeordnete Regulierungsorgan für die Tätigkeit aller Schleimhäute und das Verbindungsorgan mit dem zentralen, autonomen und vegetativen Nervensystem und den Drüsen mit innerer Sekretion. Also sei die „Mandelgesundung" die Vorbedingung für den normalen Ablauf aller Schleimhauttätigkeit. Mit „Mandelgesundung" behandelt er z. B. auch die Schilddrüsenvergrößerung mit und ohne Basedow. Als Mittel dazu dienen ihm Schaffung von sonnigen Wohnungen und Desinfektion von Häusern, die sich als Ansteckungsstätten erwiesen haben.

Der kritischdenkende Mediziner hat nichts verloren, wenn er das Buch nicht liest. Birk (Tübingen).

Inhalt.

Pharmakologie und Toxikologie. **Lange.** *Combelen 169.* — **Galewsky.** *Zignolin 169.* — **Curschmann.** *Ölersatz 169.* — **Kobert.** *Kieselsäurehaltige Heilmittel 170.* — **Boruttau** und **Stadelmann.** *Digitalis 170.* — **Ulrichs** und **Wagner.** *Aureollampe 171.* — **Bakteriologie.** **Baumgaertel.** *Diphtheriediagnose 171.* — **Braun** und **Schäffer.** *Chininderivate 171.* — **Plaut.** *Agglutinationstechnik 171.* — **Serologie und Immunitätslehre.** **Widmer.** *Serumkrankheit 171.* — **Ernährung, Ernährungsstörungen, Ernährungstherapie.** **v. Jaschke.** *Stillschwierigkeiten 172.* — **Klose** und **Bratke.** *Schleimzusatz 172.* — **Feer.** *Milchbedarf 172.* — **Rubner.** *Spinat 172.* — **Schmidt.** *Unterernährung 173.* — **Griesbach.** *Kriegskost 174.* — **Wachstum und Stoffwechsel.** **Beumer.** *Cholerinstoffwechsel 174.* — **Rubner** und **Langstein.** *Stoffwechsel Frühgeborener 175.* — **Göppert.** *Galaktosurie 175.* — **Uhlmann.** *Funktionsstörungen der Leber 175.* — **Molnár.** *Lipasegehalt der Fäzes 175.* — **Schmidt.** *Proteinkörpertherapie 176.* — **Rodella.** *Darmfäulnis 176.* — **Neugeborene.** **Ahlfeld.** *Der erste Atemzug 177.* — **Jaschke.** **Langstein.** *Transatorisches Fieber 177.* — **Peller.** *Kriegsneugeborene 178.* — **Printzing.** *Totgeburten 178.* — **Infektionskrankheiten und parasitäre Erkrankungen.** **Landé.** **Czerny** *178.* **Berg.** **Sobernheim** und **Nagel.** **Münchmeyer** und **Nast.** **Justitz** *179.* **Mühsam.** **Pfeiffer.** *Dyphtherie 180.* — **Fischl.** **Aufrecht.** *Keuchhusten 180.* — **v. Chelmicki.** **Bossert** und **Leichtentritt** *180.* **Seiffert.** **Jennicke.** *Typhus 181.* — **Marschhausen.** *Paratyphus 181.* — **Opitz.** *Bacillus enteritis Gaertner 182.* — **Scholtz.** **Znelzer.** **Rosenhaupt.** **Margolis** *182.* — **Skalski** und **Sterling.** **Flatzek.** **Flusser.** *Ruhr 183.* — **Tuberkulose.** **Kleinschmidt** *183.* **Engel.** **Eichelberg.** **Kruse** *184.* **Friedberger.** **Geinitz.** **Beschorner** *185.* **Bier** *186.* — **Syphilis.** **Meyer.** **Slawik.** **Hoffmann.** **Trinchese** *187.* **Pöhlmann.** **Hauptmann.** **Noehte.** **Sordelli** und

Fischer *188.* — **Zirkulationsapparat.** Weber. *Angeborene Herzfehler 189.* — **Fahr.** *Blutdrucksteigerung 189.* — **Respirationsorgane.** Ochsenius. *Rezidivierende Bronchitis 190.* — **Kalb.** *Pneumolyse 190.* — **Wateff.** *Reflex des Musculus tensor fasorae latae 190.* — **Innere Sekretion.** v. Dziembowski. *Dystrophia adiposo-genitalis 190.* — **Verdauungsapparat.** Rietschel. *Pylorusstenose 191.* — **Fritzsche.** *Magensarkom 191.* — **Roedelius.** *Peritonitis 191.* — **Gottstein** *191.* **Hammes.** *Appendizitis 192.* — **Leber- und Gallenwege.** Buzik. *Verschluß der großen Gallengänge 192.* — **Albu** und **Hirschfeld.** *Hämolytischer Ikterus 192.* — **Zentralnervensystem.** Zeißler und **Riedel.** *Meningokokkensepsis 192.* — **Mammele.** *Hyperthermie und Sklerose 193.* — **Czerny.** *Zerebrale Anomalien 193.* — **Cassel.** *Mongolismus 194.* — **Nilsson.** *Myxödem 194.* — **Kalb.** *Epilepsie 194.* — **Jung** *194.* **Kleinschmidt.** *Eklampsie 195.* — **Levin.** *Enuresis nocturne 195.* — **Stoffwechselkrankheiten.** Kleinschmid. *Diabetes mellitus 195.* — **Haut.** Mertz. *Hautkapillaren 195.* — **Aron.** *Impetigo 196.* — **Peutz.** *Purpura 197.* — **Schmidt.** *Röntgenstrahlen 197.* — **Obermüller.** *Vlemingkxsche Lösung 198.* — **Hoffmann.** *Acne vulgaris 198.* — **Bronner.** *Leukogen 198.* — **Auge.** Kudrnač. *Pneumokokkeninfektion 198.* — **Nase, Ohr.** Königsfeld. Amersbach. *Ozaena 199.* — **Chirurgie.** Korach. *Traumatischer Scharlach 199.* — **Orthopädie.** Falk. *Wirbelsäulenverkrümmung 200.* — **Mißbildungen.** Holländer. *Fingermißbildung 200.* — **Wolff.** Chotzen. *Schulterhochstand 200.* — **Ebeler** und **Duncker.** *Prolapsus uteri 201.* — **Vakzination.** Böing. Gins. *Dauer des Impfschutzes 201.* — **Schwalbe.** Tjaden. *Wiederholung der Impfung 201.* — **Hygiene und soziale Medizin.** Siemering. *Kinderschutz 201.* — **Epstein.** *Schutz der Schwangerschaft 202.* — **Schloßmann.** *Bevölkerungsstatistik 293.* — **Bauer.** *Schutz vor Infektionskrankheiten 293.* — **Puppe.** *Kindesmord 293.* — **Schule.** Poetter. *Hämoglobingehalt 204.* — **Bericht.** *Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde in Berlin 204.* — **Besprechungen.** Ibrahim. *Über die Mutter 205.* — **Flesch.** *Entstehung der ersten Lebensvorgänge 206.* — **Berend.** **Riether.** *Säuglingspflege 206.* — **Wagner.** *Künstliche Höhensonne 206.* — **Röder.** *Naturgemäße Mandelbehandlung 206.*

Die Verfasser von einschlägigen Arbeiten werden gebeten, dieselben behufs lückenloser Berichterstattung der Redaktion durch Vermittlung der Verlagsbuchhandlung Franz Deuticke in Wien, I., Helferstorferstraße Nr. 4, zugehen zu lassen.

Adresse der Redaktion: Berlin, W. 50, Rankestraße Nr. 6.

Für die Redaktion verantwortlich: Josef Kaspar.
Druck von Rudolf M. Rohrer in Brünn.

Namenverzeichnis.

Abel. Bakteriologisches Taschenbuch 164.
Achard, H. J. Tuberkulose 46.
Ager, Louis C. Poliomyelitisepidemie 44.
Ahlfeld. Erster Atemzug 177.
Albu und **Hirschfeld.** Hämolytischer Ikterus 192.
Allinger-Stein. Herdreaktion bei Pirquetscher Kutanprobe 121.
Altschul, Theodor. Jugendfürsorge und Lehrerschaft 51.
Altschul und **Heller.** Jugendfürsorge und Lehrerschaft 98.
Ames, A. C. Sommerdiarrhöen 42.
Amersbach. Ozaena 199.
Anderson, G. M. Säuglingsernährung 42.
Anschütz und **Kißkalt.** Wunddiphtherie 74.
Aron. Impetigo contagiosa 196.
Aschenheim. Tetanie 128.
Aßmann. Myxödemherz 76.
Aufrecht. Keuchhusten 180.
Axmann. Schulärztliche Statistik 54 — Solbadkuren für Schulkinder 54 — Schulärztliche Statistik 97.
Ayers, Eduard A. Säuglingsfürsorge 51.
Aynesworth, K. H. Akute Appendizitis 47.

Bachauer. Ohrenärztliche Beobachtungen in Volksschulen 50 — Ophthalmologische Beobachtungen in Volksschulen 50 — Krieg und Jugendgesundheit 51 — Diphtheriebekämpfung 74 — Ophthalmologische Beobachtungen 89 — Ohrenärztliche Beobachtungen 90.
Baege, H. Erziehung und physiologische Kinderforschung 54.
Baege, M. H. Gefahren der zu frühen Einschulung 54.
Baege. Kinderforschung 59.
Baird, A. W. Schulhygiene 54.
Baker, S. J. Kinderhygiene 51.
Barrenscheen, H. K. Bakteriologie und Klinik der Ruhr 20.
Barth, George P. Schulhygiene 54.
Bartholow, P., Park, W. H. und **Schröder, M. C.** Kondensierte Milch 44.
Baß, Murray H. Poliomyelitis anterior 44.
Baß, M. H. Funktionelle und organische Herzkrankheiten 47.
Bauer. Infektionskrankheiten und Krippe 203.
Baum, Marie. Beamtinnen im Dienste der Sozialversicherung 51 — Säuglingsfürsorge 51 — Vormundschaft und Kinderfürsorge auf dem Lande 51 — Familienfürsorge in Düsseldorf 51 — Sozialhygienische Bevölkerungspolitik 51.
Baumgaertel. Diphtheriediagnose 171.
Beckmann und **Schlager.** Orthotische Albuminurie 33.
Behlow, W. W. Pertussis 44.
Behm, Heinrich. Geburtenrückgang und Volkssittlichkeit 51.
Behr-Pinnow, v. Schäden des Ammenwesens 51.
Bell, A. J. Diphtherieheilserum 44.
Bender, A. J. und **Cochems, F. N.** Angeborene Pylorostenose 48.
Bendix, Bernhard. Säuglingsfürsorge in Charlottenburg 51.
Benecke. Hämorrhagische Diathesen 125.
Benedict, F. G. und **Talbot, T. B.** Physiologie des Neugeborenen 44.
Benestad. Gewichtsverhältnisse Neugeborener 66.
Benjamin. Latente kongenitale Lues 144.
Berend. Säuglingspflege 206.
Berg. Behandlung der Diphtherie 179.
Beschorner. Ernährung der Lungentuberkulösen 185.

Beumer. Cholesterinstoffwechsel 174.
Beveridge, Wallace und **Fitch, William E.** Künstliche Ernährung 42.
Bien. Nabelkoliken 126.
Bier. Chirurgische Tuberkulose 186.
Birk. Schutzimpfung bei Varizellen 20 — Thymushyperplasie 30 — Leitfaden der Säuglingskrankheiten 103.
Bloch, Ernst. Intelligenzprüfungen nach Binet-Simon 48.
Bogdán. Zoekalbrüche 81.
Bogert, F. van der. Ernährungsstörung 43.
Boehncke und **Elkeles.** Ruhrschutzimpfung mit Dysbakta 21.
Böing. Impfschutz 201.
Bókay, Johann v. Rammstedtoperation 32 — Gehirnsymptome bei Pyelozystitis 35.
Bókay, Johann v. und **Buday.** Koli-Pyelozystitis 83.
Bokkel, ten. Myosilis ossificans 100.
Bolder, Margarete. Kleinkinderfürsorge 51.
Borchgrevink. Serumbehandlung bei Diphtherie 18 — Diphtherieserum 116.
Boruttau und **Stadelmann.** Elektrokardiographie 163 — Digitalisbehandlung 170.
Bossard. Blasse Feuermale 88.
Bossert. Lumbalpunktion bei Epilepsie 37 — Traumatischer Hydrozephalus 86.
Bossert und **Leichtentritt.** Diagnose des Typhus 180.
Bouvé. Darmresektion 102 — Athetose double 102.
Bratke. Zuckerdiät bei Glomerulonephritis 83.
Braun und **Schäffer.** Chininderivate 171.
Bronner. Leukogen 198.
Brouwer. Meningoenzephalitis 85.
Bruin, de. Demonstrationen 100 — Eiweißmilch 102 — Brachydaktylie 102 — Osteochondritis 102 — Pyopneumothorax 102.
Brüning, H. Geburtenrückgang und Volksgesundheit 51 — Therapeutisches Vademekum 159.
Brunner. Einfluß der Röntgenstrahlen auf das Gehirn 106.
Bückingen. Ernährungsstörungen des Herzmuskels 163.
Buday und **Bokay, Joh. v.** Koli-Pyelozystitis 83.
Burgerstein, Leo. Schularztwesen in Österreich 54 — Schulschwester 95 — Schularztwesen in Österreich 97.
Busacchi. Diphtherieserum 114.
Buetz, Gertrud. Orthopädische Schulkinderfürsorge 50 — Schule und gewerbliche Kinderarbeit 54 — Schulpflegerin 54.
Buetz. Schulpflegerin 95 — Orthopädische Schulkinderfürsorge 96 — Schule und gewerbliche Kinderarbeit 98.
Buzik. Verschluß der großen Gallenmenge 192.

Campbell, D. G. Hämorrhagische Windpocken 44.
Cannata, S. Adrenalin im Blut des Neugeborenen 41.
Carrie. Sprachgebrechliche Kinder 58.
Carroll, H. R. Prophylaxe 41.
Carter, Ronald. Unverdünnte Milch 43.
Cassel. Mongolismus 194.
Castellani, Aldo. Kala-azar 45.
Chelmicki, v. Typhus und Masern 180.
Chievitz, I. und **Meyer, A. H.** Frühdiagnose bei Pertussis 20.
Chotzen. Schulterhochstand 200.
Clark, G. H. Kraniometrie 42.
Cochems, F. N. und **Bender, A. J.** Angeborene Pylorostenose 48.
Cready, E. B. Mc. Geistige Hygiene des Kindesalters 51.
Crum, F. S. Pertussis 45.
Curschmann. Ersatz ausländischer Öle 169.
Czerny. Serumbehandlung der Diphtherie 178 — Prognose zerebraler Anomalien 193 — Osteopsathyrosis 205.
Czerny und **Kleinschmidt.** Butter-Mehl-Nahrung 3.

Decastello, A. v. Vakzinetherapie des Abdominaltyphus 45.
Delbrück, v. Kombinierte Serumbehandlung bei Diphtherie 73.
Deussing. Konstitutionell beeinflußte Anginen 76.
Dickinson, G. K. Tuberkulose 46.
Ditthorn und **Loewenthal.** Rohrschutzimpfstoff 75.
Doernberger. Säuglingspflege 41 — Hebamme und Säuglingsfürsorge 51 — Kindersterblichkeit und Kinderfürsorge auf Kuba 51 — Vorschulen 143.

Dorp, van. Tuberkulose und Alkohol 101.
Drachter. Diagnose der Appendizitis 81 — Rammstedtsche Operation 81 — Schräge Gesichtsspalte 157.
Draper, George. Abortive, nichtparalytische Poliomyelitis 45.
Dunham, F. L. Schularzt 54.
Dziembowski, v. Dystrophia adiposo-genitalis 190.

Eachern, C. G. Mc. Sehnentransplantation nach Poliomyelitis50.
Easton, C. Säuglingssterblichkeit in Minnesota 51.
Ebeler und **Duncker.** Prolapsus uteri 201.
Edelmann, M. H. Künstliche Ernährung 43.
Edens, E. Digitalisbehandlung 39.
Edward, M. L. Pränatale Fürsorge 44.
Ehrenberg. Geburtenrückgang und Volkswirtschaft 51.
Eichelberg. Lungentuberkulose 184.
Eidam. Säuglingsfürsorge in Gunzenhausen 52, 134.
Eiken. Osteogenesis imperfecta 130.
Einstoß. Scharlachrezidive 19.
Einthoven. Bindeelektroden 106.
Elias. Säure als Ursache der Nervenübererregbarkeit 63 — Fissura sternalis 132.
Elkeles und **Boehncke.** Ruhrschutzimpfung mit Dysbakta 21.
Ellingwood, Finley. Therapie der Kinderkrankheiten 42.
Ely, L. W. Doppelter Klumpfuß50.
Elzas und **Wynhausen.** Diabetes innocens 87.
Emerson, Haven. Poliomyelitisepidemie 45.
Emerson, W. R. P. Akute Otitis media 50.
Endtz. Bindeelektroden 106.
Engel. Kindertuberkulose 184.
Engelsmann. Tuberkelbazillen im Lumbalpunktat 122.
Eppinger. Menschliches Ödem 160.
Epstein, Alois. Barlowsche Krankheit im Krieg 87.
Epstein, J. Chronische Säuglingsobstipation 43 — Erbrechen 43 — Künstliche Ernährung 43.
Epstein. Schutz der Schwangerschaft 202.
Erdheim. Barlowherz 129.
Ernst. Weißsche Urochromogenreaktion 1.
Eunike, K. W. Mastdarmprolaps 31.
Fadda, Luigi. Ganglio-pulmonartuberkulose beim Säugling 46.
Fahr. Blutdrucksteigerung und Herzhypertrophie 189.
Falk. Wirbelsäuleverkrümmungen 200.
Fechner. Scharlachstatistik 113.
Feer. Gewöhnliches Pferdeserum bei Diphtherie 72 — Milchbedarf und Rachitis 172.
Feigl. Kreatin und Kreatinin im Blut 110.
Finkelstein. Erythema exsudativum 204 — Pyodermia vegetans 204.
Fischer, Heinrich. Radiologie des Magens 41.
Fischl. Zystitis 128 — Pertussis 180.
Fitch, William E. und **Beveridge, Wallace.** Künstliche Ernährung 42.
Flatzek. Ruhrserum 183.
Flesch. Die ersten Lebensvorgänge 206.
Flexner, Simon. Infantile Paralyse 45.
Flusser. Ruhr 183.
Fonyó. Akardius 133.
Fonzo, Ferdinando. Heilbarkeit der Meningitis tuberculosa 46.
Forest, H. P. de. Blindheit bei Neugeborenen 50.
Forst. Varizen 124.
Fowler, W. A. Tuberkulose beim Kinde 46.
Frankel, S. C. Pertussisvakzine 45.
Frazier, T. Tuberkulose beim Kinde 46.
Friedberger. Parenterale Zufuhr von artfremdem Eiweiß 64 — Geburtenfolge 93 — Meerschweinchentuberkulose 185.
Friderichsen, C. Nebennierenapoplexie 31.
Friedenwald, E. B. und **Greenfeld, W.** Tuberkulöse Hirntumoren 46.
Friedjung. Stillen 109.
Friedlander, A. Milchversorgung 43.
Friedmann und **Schiff.** Blutuntersuchungen bei Scharlach 78.
Frisch. Pathogenese der Tuberkulose 121.
Fritzsche. Magensarkom 191.
Fröschels, E. Sprachentwicklung und Stummheit 2 — Erziehung 49.
Fuhge. Stoffwechseluntersuchung 15.

Galewsky. Zignolin 169.
Gangele. Postpleuritische Skoliose 132.
Gardlund. Kolostrum als diagnostisches Hilfsmittel 61.
Gastpar. Schulärztliche Überwachung 54.
Gaupp. Psychologie 159.
Géber. Vulvovaginitis gonorrhoica 118.
Gehrmann, A. Inkubationszeit bei Diphtherie 42.
Geinitz. Tuberkulöser Chylothorax 185.
Gerhard. Empyeme 77.
Gerlach, E. B. Inunktionstherapie 42.
Gins. Impfschutz 201.
Gioseffi, M. Faziliasphänomen 35.
Girstenberg, J. Krieg und psychopathische Jugendliche 48.
Glanzmann, E. Hämorrhagische Thrombasthenie 28.
Glaser, F. Schrumpfniere 33 — Kongenitale Zystenniere 34.
Gliński. Lungenhypoplasie 124.
Gocht. Röntgenlehre 162.
Gomperz. Milchinjektionen bei Otitis 132.
Göppert. Galaktosurie 175.
Gordon, Alfred. Wassermannreaktion bei Geistesstörungen 47.
Gorter. Akute Tuberkulose 101.
Gött. Frühzeichen der postdiphtherischen Lähmung 18 — Demonstrationen 142.
Gottstein. Appendizitis 191.
Graham, J. R. Scharlach 45.
Greenfeld, W. und **Friedenwald, E. B.** Tuberkulöse Hirntumoren 46.
Griesbach. Kriegskost 174.
Groër, Franz von und **Kassowitz, Karl.** Normale Diphtherieimmunität 42.
Groër, v. Wertbemessung gefäßverengender Mittel 107 — Diphtherietoxin 114 — Diphtherieimmunität 115.
Großmann, J. Poliomyelitis anterior 45.
Grulee, C. G. Spasmophile Krämpfe 49.

Haab. Vakzinebehandlung der Augengonorrhöe 38.
Haag. Schulärztlicbe Erfahrungen im Kriege 54, 97.
Habermann, J. V. Klinische Psychologie und Schule 48.
Haglund. Skoliose 162.
Hall, Gaylord C. Streptokokkenangina 50.
Hamburger, Fr. Periodisches Erbrechen 80 — Stichreaktion 76.
Hamburger. Psychogener Kremasterreflex 106 — Saure Milch 109 — Tuberkulininjektion 120 — Perkutane Tuberkulinreaktion 121 — Tuberkuloseinfektion 122.
Hammes. Spontanausstoßung des Wurmfortsatzes 192.
Hampel, V. Schwachsinniges Wunderkind 48.
Hanfland und **Weiß.** Hautkapillaren bei Exanthemen 38.
Hanna, J. J. Hygiene des schul- und vorschulpflichtigen Alters 54.
Hansell, H. F. Bilaterales Gliom der Netzhaut 50.
Hanssen, Peter. Gehirnpunktionen bei chronischem Hydrozephalus 49.
Hart, C. Thymusdrüse 29.
Hasselbach. Azidotische Konstitution 63.
Hauptmann. Brucksche Reaktion 188.
Haut, Karoline L. Säuglingsernährung 43.
Haverschmidt. Praxis und Konstitutionslehre 100.
Hecker. Bayrische Wanderausstellung 52 — Säuglings- und Kleinkinderfürsorge 52 — Versorgung der Schwangeren 146.
Heilmaier. Säuglingshygiene 92.
Helmholz, H. F. Sinus longitudinalis 42.
Henkel. Säuglingswanderfürsorgerinnen 52 — Säuglingsfürsorge in Bayern während des Krieges 52.
Hepner, Gertrud. Ernährungszustand der Schulanfänger im Kriege 54.
Herford. Kinderhort und Schule 52, 98.
Hermann, Elise. Subkutane Tuberkulinreaktion 25 — Eukupin bei Diphtheriebazillenträgern 73.
Herrman, C. Säuglingssterblichkeit vor 80 Jahren 52.
Hertz, Povl und **Secher, K.** Neuroblastoma sympathicum und Morbus Addisonii 39.
Herzfelder, Henriette. Gesetzlicher Säuglings- und Mutterschutz in Norwegen 52.
Heß, Alfred M. Infantiler Skorbut 49.
Heß, Rudolf. Säuglingsernährung im Kriege 43.

Hesse. Intrakardiale Infektion 123.
Hessenbach, A. Stillen 43.
Hill, O. W. Pylorostenose 48.
Hirsch und **Moro.** Alimentäres Fieber 14, 62.
Hirschfeld. Lehrbuch der Blutkrankheiten 161.
Hochstetter. Spätrachitis 130.
Hoffmann, A. Nahrungsmengen und Energiequotient 70.
Hoffmann, Walther. Askaridenileus 82.
Hoffmann. Salvarsannatrium 187 — Salvarsan 198.
Hofmann, H. Kriegsneugeborene 67.
Hohlfeld. Infektionskrankheiten in der Krippe 93.
Höhne. Schulärztliche Überwachung 54.
Holitsch. Tuberkulinnegative Erwachsene 106.
Holländer. Fingermißbildung 200.
Holzknecht. Röntgenologie 162.
Homburger und **Seßler.** Kriegsernährung und Schule 55 — Schulkinder im Krieg 97.
Hotzen. Verfettung der quergestreiften Muskulatur 113.
Hoeven, van der. Pankreaszyste 102.
Howland und **Stolte.** Bedeutung von Eiweißzulagen 15.
Hryntschak. Meningitis cerebrospinalis 129.
Hubbard, J. C. Hämophilie des Neugeborenen 44.
Huet. Tuberkulose der Bronchialdrüsen 100.
Hunt, E. H. Masern 45.
Husler. Erythema polymorphe 159.
Hussy, Alfred. Chylothorax 27.
Hussey, F. V. Akute Darminvagination 48.

Ibrahim. Über die Mütter 205.
Ickert, Franz. Icterus epidemicus und icterus catarrhalis 32.
Isachsen. Physiologie der Neugeborenen 65.
Ives, A. W. Diagnose bei Imbezillität, Demenz und Idiotie 49.

Jäger, Franz. Mütterheim in München 52.
Jaeger, H. Kriegswochenhilfe 52.
Jagic, v. Leukozytenbild bei Infektionskrankheiten 112.
Jakob, L. Ruhrbehandlung 21.
Januschke. Bromwirkung 107.
Jaschke, v. Stillen 172 — Transitorisches Fieber 177.
Jennicke. Typhusnachweis 181.
Johannessen, Christen. Myositis ossificans multiplex progressiva 35.
Johns, S. M. Angeborene Schlüsselbeinfraktur 50.
Johnson, C. A. Säuglingsernährung auf dem Lande 43.
Johnson, C. K. Diarrhöe 43 — Stilltechnik 43.
Jung. Eklampsie 194.
Justitz. Diphtheriebazillenträger 179.

Kafka. Taschenbuch 163.
Kaiser, A. D. Behandlung des Erysipels, mit Rekonvaleszentenserum 45.
Kalb. Extrapleurale Pneumolyse 190 — Operative Behandlung der Epilepsie 194.
Kassowitz, Karl und **Groër, Franz v.** Normale Diphtherieimmunität 42.
Kassowitz. Diphtherie 114, 115.
Kasteele, v. d. Typhus 100 — Pirquetsche Reaktion 101.
Katsch. Alkaptonurie 62.
Kaumheimer. Mikrognathie und Trichterbrust 157.
Kaupe. Hautverfärbung nach Mohrrübengenuß 60.
Kay, W. G. Mc. Diphtherie 42.
Kehrer, E. Mutter-, Säuglings- und Kleinkinderfürsorge 52.
Keller und **Altschul.** Jugendfürsorge und Lehrerschaft 98.
Kemsies, Ferdinand. Schulfürsorge und Schulhygiene im deutschen Osten 54, 99 — Tuberkulosefilm im Dienste der Schulgesundheitspflege 55, 95.
Kendall, A. I. Bakteriologie der Sommerdiarrhöen 43.
Kingsley, S. C. Freiluftschulen 55.
Kirstein. Physiologische Gewichtsabnahme 66.
Kirtley, H. P. Erbrechen 43.
Kißkalt und **Anschütz.** Wunddiphtherie 74.
Klatt. Hygiene und Ethik 92.
Klehmet, Wilhelm. Wohlstand und Säuglingssterblichkeit 52.
Kleinschmidt und **Czerny.** Butter-Mehl-Nahrung 3.
Kleinschmidt. Therapie und Prophylaxe der Diphtherie 17 — Therapeutisches Vademekum 158 — Tuberkulindiagnostik 183 — Spasmophilie 195 — Diabetes mellitus 195.

Klestadt. Tonsillektomie 126.
Kling. Kinderlähmung 117.
Klose. Hautverfärbung nach Mohrrübengenuß 60 — Kinderheilkunde 159.
Klose und **Bratke.** Schleimzusatz 172.
Kloß, Erich. Menschenkundlicher Unterricht 55.
Kloß. Sommerzeit 94 — Menschenkundlicher Unterricht 96 — Landaufenthalt der Stadtkinder 96.
Knapp. Diphtherieserum 115.
Knapper. Säuglingsfürsorge 101.
Knöpfelmacher. Influenza 116 — Varizellen und Hautblutungen 119 — Variolaschutz 120 — Nabelkoliken 126.
Kobert. Kieselsäurehaltige Heilmittel 170.
Koch, Elsa. Ruhr 74.
Koch, Ernst H. Akute Gastroenteritis 43.
Kohn, Albert. Stillgelder bei den Berliner Krankenkassen 52.
Kollock, C. W. Das zurückgebliebene Kind 49.
Koenigsfeld. Ozaena 199.
Koplik, Henry. Poliomyelitis acuta 45.
Korach. Traumatischer Scharlach 199.
Koetz. Wachstumssteigerung einer Körperhälfte 88.
Kraus. Petrussisbehandlung 116.
Krause, Paul. Typhusbazillenträger 24 — Typhus- und Paratyphusbazillenträger 25.
Kretschmer, M. Neuropathie 49.
Kronfeld. Impftechnik 134.
Kruse. Friedmannsche Schutzimpfung 184.
Kudrnáč. Optochin 198.
Kuhlmann, A. Meningitis cerebrospinalis 45.
Kusnezoff. Osteogenesis imperfecta 130.
Küster und **Wolff.** Behandlung der Typhusbazillenträger 58.

Ladd, M. Homogenisierte Mischungen von Olivenöl und Magermilch 43.
Lade. Pachymeningitis haemorrhag. 85.
Lahm. Hydrops universalis congenitus 68.
Landé. Nasendiphtherie 178.
Landvogt, Robert. Bevölkerungspolitik vom statistischen und naturwissenschaftlichen Standpunkt 54.
Lange. Combelen 169.
Lange, Cornelia de und **Schippers, J. C.** Familiäre Splenomegalie 32 — Funktionsprüfung der Niere 84.
Langerhans. Sommerszeit und Schulanfang 55, 94.
Langstein. Ernährung und Pflege des älteren Kindes 160 — Beiträge zur Physiologie, Pathologie und sozialen Hygiene 165 — Transitorisches Fieber 177.
Lehfeldt. Kriegsernährung und Schule 55 — Einfluß der Kriegsernährung auf die Volksschüler 60.
Lehmann, P. Nervenhygiene 42.
Lehndorff. Blutbild bei Mumps 117.
Lesser, v. Humerusfraktur 92.
Levin. Enuresis 195.
Levinson, A. Spinalflüssigkeit 41.
Levy, J. Säuglingssterblichkeit in New-Jersey 52.
Lewkowicz. Genickstarre 118.
Liebermann, v. Milchinjektionen bei Ophthalmoblennorrhöe 131.
Lindberg, Gustav. Meningealblutung und eitrige Meningitis 37.
Lindenberger, Irvin. Pituitrin 42.
Lindner. Milchsäureausscheidung bei Zerebrospinalmeningitis 111.
Lindvall. Purpura 131.
Lipschütz. Paravakzine 105.
Livermore, W. H. Darminvagination 48.
Lobsien, Marx. Sehen mit einem Auge 50.
Loghem, van. Bact. anindologenes 111.
Lorentz, Friedrich. Schule und Volkskraft 55.
Lorentz. Schulen und Volkskraft 99.
Lovett, R. W. und **Martin, E. G.** Muskelkraftprüfung bei Poliomyelitis anterior 45.
Löwenstein-Brill. Wertbestimmung des Tuberkulins 121.
Loewenthal und **Ditthorn.** Ruhrschutzimpfstoff 75.
Luttinger, P. und **Olmstead, M.** Komplementbindung bei Pertussis 45.

Maggiore, Salvatore. Eitrige Erkrankungen der Harnwege 48.
Makuen, G. H. Stottern 42.
Malin, D. C. Ärztliche Schulaufsicht 55.

Mammele. Sklerose der Stammganglien 193.
Marcovici. Parotitis epidemica 117.
Margolis. Vakzinebehandlung der Ruhr 182.
Maron. Kriegsneugeborene 67.
Marschhausen. Paratyphus 181.
Marshall, H. W. und **Osgood, R. B.** Therapie bei Fußdifformitäten infolge von Poliomyelitis 51.
Martin, E. G. und **Lovett, R. W.** Muskelkraftprüfung bei Poliomyelitis anterior 45.
Martin, J. Pneumonie 47.
Mayer, W. H. Gelbe, akute Leberatrophie 48.
Mayer, A. Gewichtsabnahme und Temperatursteigerungen Neugeborener 67.
Mayerhofer-Lateiner. Meningitis purulenta 129.
Mayerhofer. Impfung in Österreich 133.
Meerburg. Bindeelektroden 106.
Meier, J. Recht des unehelichen Kindes 39 — Säuglings- und Kleinkinderschutz 52.
Mertz. Hautkapillaren 195.
Mettenheim, v. Infektiöse Erkrankungen der Harnwege 127.
Meyer, A. H. und **Chievitz, I.** Frühdiagnose bei Pertussis 20.
Meyer, E. Salvarsan bei den Schwangeren 187.
Meyer, O. B. Wirkung von Frauen- und Kuhmilch auf glatte Muskulatur 61.
Meyer, Selma. Bauchtuberkulose und künstliche Höhensonne 26.
Meyrich, Oswald. Blutarmut und Krieg 47, 78.
Michael, May. Kolonbazillus in der Zerebrospinalflüssigkeit 42.
Minton, Henry B. Pneumonie als Masernkomplikation 45.
Moffett, R. D. Schicksche Reaktion 41.
Moffett, R. D. und **Neuhof, S.** Angeborene Dextrokardie mit offener Interventrikularwand 47.
Molnár. Lipasegehalt der Fäzes 175.
Monchy, de. Infektionskrankheiten 102.
Monti. Gangrän des Meckelschen Divertikels 127.
Monti. Zwechfellbrüche 132.
Moon, V. H. und **Rosenow, E. C.** Übertragung von Angina durch Milch 47.
Moraczewski, v. Milchsäureausscheidung bei Zerebrospinalmeningitis 111.
Moro. Das erste Trimenon 69.
Moro und **Hirsch.** Alimentäres Fieber 14, 62.
Morgan, Harold J. Pflege des Neugeborenen 44.
Morse, J. L. Tuberkulose beim Kinde 46 — Angeborener Herzfehler 47 — Säuglingssterblichkeit 52.
Moser, Paul. Chorea minor 37.
Moskovitz. Peritonsillarabszesse 126.
Moskowitz. Vioformfirnis 131.
Motzfeld. Hydrozephalus 128.
Mucha. Vulvovaginitis 119.
Mühsam. Diphtheriebazillenträger 180.
Müllegger. Tuberkulininjektion 120.
Mumm, R. Reichswochenversicherung 52.
Münchmeyer und **Nast.** Diphtheriebazillenträger 179.

Nast, E. Bazillenruhr 21.
Neal, Josefine B. Diagnose der Poliomyelitis 45.
Neff, Frank G. Fortschritte der Pädiatrie 41.
Neff, J. S. Volkshygiene und Sterblichkeit in Amerika 52.
Neuhof, S. und **Moffett, R. D.** Angeborene Dextrokardie mit offener Interventrikularwand 47.
Neustaedter, M. Landrychse Paralyse und Poliomyelitis 49 — Das zurückgebliebene Kind vom neurologischen Standpunkte 49.
Niklas. Osteogenesis imperfecta 130.
Nilsson. Blutzucker bei Myxödem 194.
Nitzelnadel. Therapeutisches Jahrbuch 165.
Nobl, G. Hauttuberkulose und Entwicklungshemmungen der Haut 46.
Noeggerath, C. T. Mutter- und Kinderfürsorge in Brüssel 52 — Belgische Säuglingsfürsorge und -sterblichkeit im Kriege 52.
Noehte. Viszerale Lues 188.
Nonnenbruch. Kriegsniere 34.

Obermüller. Vlemingkxsche Lösung 198.
Ochsenius, Kurt. Blennorrhöebehandlung 38 — Behandlung der

Lymphadenitis acuta 79 — Rezidivierende Bronchitis 190.
Ohm. Augenzittern 89.
Olmstead, M. und **Luttinger, P.** Komplementbindung bei Pertussis 45.
Opitz. Geburtenrückgang 53 — Mischinfektion mit Bac. enteritidis Gärtner 118, 182.
Oppenheimer, Karl. Säuglingsfürsorge auf dem Lande 53.
Orgler. Lebertranwirkung 1.
Oschmann. Kriegsernährung und Schule 55, 60.
Osgood, R. B. und **Marshall, H. W.** Therapie bei Fußdifformitäten infolge von Poliomyelitis 51.
Otis, E. O. Kind und Staat 53.
Oxenius. Erholungsfürsorge 96.

Pallister, Stanley W. Lobäre Pneumonie und Appendizitis 47.
Park, W. H., Schroeder, M. C. und **Bartholow, P.** Kondensierte Milch 44.
Paul. Impfung 133.
Peabody, James Royden. Diagnose und Häufigkeit der Thrombose des lateralen Sinus 50.
Peck, J. H. Empfänglichkeit für Tuberkulose 46.
Peller. Neugeborene im Krieg 178.
Peple, W. L. Appendizitis 48.
Percy, K. G. Abdominaltyphus 45.
Perkins, R. G. Epidemiologie der Diphtherie und Pertussis 45.
Pettibone, C. J. V. und **Schlutz, N. W.** Nichtproteinstickstoff im Blute des Neugeborenen 41.
Peutz. Purpura 197.
Pfaundler, v. Pathologisch-anatomische Demonstrationen 135.
Pfeiffer. Myelitis und Tollwutschutzimpfung 20 — Diphtheriebazillenträger 180.
Pick. Knochensyphilis 205.
Pietsch, Albert. Keimgehalt der Schulluft 55, 94.
Pirquet, v. System der Ernährung 4, 109 — Traumatische Kutanreaktion 105 — Ernährung im Krieg 109 — Schutzimpfung gegen Blattern 120.
Pirquet, v. und **Wölfel.** Milchsalze 14.
Pisek, G. R. Ernährung junger Kinder 43.
Plantenga. Kolipyelitis 101.
Plaut. Anaërobier 171.
Pöhlmann. Brucksche Reaktion 188.
Poetter. Hämoglobingehalt 204.
Pollak, B. S. Tuberkulose beim Kinde 46.
Pollak. Säuglinge im Krieg 110.
Pottenger, F. M. Verhältnis der bovinen zur menschlichen Tuberkulose 46.
Pritchard, Eric. Mit Zitronensäure behandelte Vollmilch 43 — Azidose und zyklisches Erbrechen 44.
Pritchett, J. H. Pneumoniebehandlung 47.
Pulay. Fazialisphänomen 128.
Pünder, A. Larynxstenose und Kehlkopfzyste 27.
Puppe. Kindesmord 203.

Rachford, B. K. Fieberzustände 41.
Raudnitz, G. Bergellsche Reaktion 111.
Raudnitz, R. W. Spasmus nutans 36.
Raudnitz. Österreichisches Impfgesetz 133.
Ravine, W. Psychotherapie der Enuresis 49.
Reed, R. Stottern 49.
Reeder, H. M. Säuglingsdiarrhöe 43.
Reinach, O. Ausbildung und Staatsprüfung der Säuglingspflegerinnen 53.
Reinach. Demonstrationen 152.
Repaci, G. Sekundäre Infektionen bei Tuberkulose 46.
Resch, Alfred. Pathogenese der Spasmophilie 35.
Reuß. Laktosurie 111.
Ries. Blasensyphilis 123.
Riesenfeld, Artur. Herzhypertrophie und Status thymico-lymphaticus 26.
Riether. Säuglingspflege 206.
Rietschel. Pylorusstenose 191.
Riha, W. W. Tuberkulose beim Kinde 46.
Riklin. Kalk- und Phosphorsäurestoffwechsel bei Rachitis tarda 16.
Riley, H. B. Angeborene, hypertrophische Pylorostenose 48.
Ritschl. Plattfuß 132.
Rockwell, O. H. Spina bifida 49.
Rodella. Darmfäulnis 176.
Röder. Mandelbehandlung 206.
Roedelius. Diffuse Peritonitis 191.
Roller, Karl. Schularzt in höheren Schulen 55.
Rollier. Sonne und Tuberkulose 46.
Rombach. Polycythaemia rubra und Herzfehler 79.

Rominger. Scharlachempfänglichkeit 112.
Rommel, O. Staatsprüfung bei Säuglingspflegerinnen 53.
Rosenhaupt. Kasein bei Ruhr 182.
Rosenow, E. C. und **Moon, V. H.** Übertragung von Angina durch Milch 47.
Rossem, van. Pylorospasmus 101 — Darminvagination 101.
Rothe, Karl C. Schulfürsorge für Sprachkranke 55 — Sprachkranke Kinder 96.
Rubner. Spinat 172.
Rubner und **Langstein.** Stoffwechsel Frühgeborner 175.
Ruckman Mixsell, Harold. Säuglingsernährung 43.
Rumpelt. Iristumor 131.

Saltykow. Atherosklerose der Herzklappen 124.
Samberger. Appendizitis 127.
Samelson. Repetitorium 159.
Sanctis, A. G. de. Neosalvarsan bei Mundfäule 50.
Sawyer, W. A. Epidemiologie der Poliomyelitis 45.
Scheer, van der. Mongolenidiotie 86.
Scheltema. Vergangenheit und Zukunft der Pädiatrie 100.
Scheltema. Angeborener Pneumothorax 101.
Schenk-Popp. Künstliche Höhensonne 118.
Schick. Diphtherieserum 114.
Schiff, A. Ödemkrankheit 50.
Schiff, Erwin. Hypernephrom 31.
Schiff und **Friedmann.** Blutuntersuchungen bei Scharlach 78.
Schimper, Johanna. Säuglingsfürsorgerin und Wohnungspflege 53.
Schippers. Demonstrationen 100.
Schippers, J. C. und **Lange, Cornelia de.** Familiäre Splenomegalie 32 — Funktionsprüfung der Niere 84.
Schirmer. Status thymolymphaticus 125.
Schlager und **Beckmann.** Orthotische Albuminurie 33.
Schlesinger. Kind und Krieg 110.
Schloßmann, Artur. Bevölkerungspolitisches Verhältnis in Frankreich 53 — Unterricht in Säuglings- und Kinderpflege 53 — Bevölkerungsstatistik 203.
Schlutz, F. W. und **Pettibone, C. J. V.** Nichtproteinstickstoff im Blute des Neugeborenen 41.
Schmidt. Klinik der Magen- und Darmerkrankungen 168 — Unterernährung 173 — Proteinkörpertherapie 176 — Idiosynkrasie gegen Röntgenstrahlen 197.
Schmincke. Pathologisch-anatomische Demonstrationen 135.
Schmorl. Untersuchungsmethoden 162.
Schnirer. Taschenbuch der Therapie 164.
Scholtz. Atropin bei Ruhr 182.
Scholz. Posttyphöse Erkrankungen 22.
Schorer, E. H. Angeborene Herzfehler 47.
Schotten. Kindliche Gonorrhöe 71.
Schroeder, M. C., Park, W. H. und **Bartholow, P.** Kondensierte Milch 44.
Schueany. Endogene Fettsucht 80.
Schultz, W. Negative Tuberkulinreaktion 25.
Schulz. Riesenwuchs 131.
Schwab, Johanna B. Diazoreaktion bei Tuberkulose 26.
Schwalbe. Impfung 201.
Schwarz. Einfluß der Röntgenstrahlen auf das reifende Gehirn 106.
Schwenke. Schwere Anämie 77.
Scott, G. D. Säuglingsernährung 44.
Secher, K. und **Hertz, Povl.** Neuroblastoma sympathicum und Morbus Addisonii 39.
Segura, J. O. Pyelitis 48.
Seiffert, G. Geschichte der Säuglings- und Kleinkinderfürsorge 53. — Morbidität im Säuglings- und Kleinkinderalter 53 — Vermittlung von Adoptionen und unentgeltlichen Pflegestellen 53 — Volkswohlfahrt und Bevölkerungspolitik 53 — Bevölkerungsbewegung in Bayern 53 — Ausstellung für Kleinkinderfürsorge 53.
Seiffert. Typhus 181.
Seitz, C. Gesundheitliche Kleinkinderfürsorge 53.
Serkowski. Schmutz, Eiter und Pepton in der Milch 110.
Seßler und **Homburger.** Kriegsernährung und Schule 55, 97.
Siegenbeck, van Henkelom. Heine-Medinsche Krankheit 102 — Angioneurotisches Ödem 102.
Siemering. Kinderschutz 201.
Simon. Hungerosteopathien 130.

Singer, Grete. Neutralisationsphänomen bei Tuberkulose 26.
Sivori, Luigi. Immunisierung der Milch 44.
Skalski und **Sterling.** Vakzinetherapie bei Ruhr 183.
Slawik. Neosalvarsan 187.
Smith, C. H. Otitis media 50.
Smith, D. L. Milch in der Säuglingsernährung 44.
Snell. Diphtheritische Nabelinfektion 72.
Sobernheim und **Nagel.** Diphtherieepidemie 179.
Solis-Cohen, M. Schulinfektionen 55.
Sommer. Körperliche Erziehung 93.
Sonnenberger. Moderne Sexualpädagogik 49, 59.
Sordelli und **Fischer.** Gerinnungsreaktion 188.
Soucek. Fleckfieber 120.
Southworth, Thomas S. Zucker und Stärke in der Säuglingsernährung 44.
Spaet. Meningitis epidemica 46.
Spiegelberg. Diphtheriebazillen im Geflügel 108.
Spielrein, Isaak. Kindermessungen 41, 58.
Stammel, C. A. jun. Antitoxin bei Diphtherie 46.
Stein, C. Säuglingsernährung 44.
Steinbacher, Josef. Säuglingsfürsorge auf dem Lande 53.
Steinhaus. Schule und Säuglingspflege 55 — Schulkindergärten 55, 97.
Steinke, L. Geburtenrückgang und Säuglingssterblichkeit 53.
Stephan, Richard. Paratyphus-B-Infektion 22.
Stephenson, F. B. Empyem bei einem zweimonatigen Kinde 47.
Stettner, E. Stenosen der Luftwege bei epidemischer Grippe 20.
Stheeman. Spasmophile Stigmata 100 — Intradermale Tuberkulinbehandlung 102.
Stiefler. Kinderlähmung 117.
Stolte und **Howland.** Bedeutung von Eiweißzulagen 15.
Stoeltzner. Hautverfärbung nach Mohrrübengenuß 60 — Tebelon 122.
Stransky. Krieg 134.
Strauch, A. Myatonia congenita 49.
Strauß, A, A. Pyloroplastisches Verfahren bei angeborener Pylorostenose 48.
Strawn, J. T. Angeborene hypertrophische Pylorostenose 48.
Ströde. Lähmungsstoffe in verbrauchter Luft 94.
Stuhl. Messungen auf Schulschiffen 16.
Stühmer. Hirnschwellung nach Salvarsan 57.
Suárez. Vakzine 108.
Swift, W. B. Sprachstörungen 49.
Sylvester. Poliomyelitis anterior mit multiplen Lähmungen 46.
Szana. Krieg 134.
Szász. Diphtherie des Gehörganges 113.

Talbot. Säuglingssterblichkeit in Aachen 53.
Talbot, T. B. und **Benedict, F. G.** Physiologie des Neugeborenen 44.
Tanaka. Eiweißanreicherung der Nahrung 59.
Tandler. Krieg 134.
Thiele. Tuberkulose beim Kinde 46 — Krieg und Jugendgesundheit 53 — Schulversäumnisse von Volksschulkindern 55 — Tuberkulöse Kinder 75 — Leibesübungen 95 — Schulärztliche Tätigkeit 97 — Erziehung der Jugend zur Wehrtüchtigkeit 99.
Thiemich. Rückgang und Versiegen der Laktation 3.
Tjaden. Impfung 201.
Todd, J. B. Schulhygiene 55.
Tomarkin. Vakzine 108.
Trinchese. Wassermannsche Reaktion 187.
Tubby, A. H. Orthopädie 51.
Tuley, H. E. Herzerkrankungen 47.
Türk. Weiße Blutkörperchen bei Scharlach 19.

Uhlmann. Leber bei konstitutioneller Asthenie 175.
Ulrichs und **Wagner.** Aureollampe 171.
Unger. Vakzinale Immunität 108.
Ungermann. Tuberkuloseantikörper 122.

Vilbiss, L. A. de. Staatlicher Kinderschutz 53.
Vogt. Röntgenuntersuchungen an Neugeborenen 68.
Vollbrandt. Vulvovaginitis gonorrhoica 119.
Voorhoeve. Blaue Sklera 70.
Vries, de. Tetanus neonatorum 71.

Wagner. Künstliche Höhensonne 206.

Wallace, Charlton. Orthopädie bei Poliomyelitis anterior 51.
Wateff. Reflex des M. tensor fasciae latae 190.
Weber. Kinder mit angeborenem Herzfehler 189.
Weichhardt. Ergebnisse 165.
Weigl, Franz. Psychopathologische Fälle und psychische Mängel normaler Kinder 49.
Weinberg. Minderwertigkeit der Erstgeborenen 68.
Weinberg, Marg. Gesundheitspflege 95 — Stadtkinder auf dem Lande 96.
Weiß. Säuglingsfürsorge in Österreich 134.
Weiß und **Hanfland.** Hautkapillaren bei Exanthemen 38.
Welcker. Lymphadenitis scarlatinosa 71.
Wideröe. Hautimpfung mit Tuberkulin 121.
Widmer. Serumkrankheit 171.
Widowitz. Infektion bei Diphtherie und Scharlach 18.
Wilson, J. G. Masernkomplikationen 46.
Wimmenauer. Erziehung der Jugend zur Wehrtüchtigkeit 99.
Winter. Künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft 163.
Wittmaack. Diphtheriebazillenträger 17, 108.
Wodall, Ernst. Enuresis und Myelodysplasie 36.
Wolf. Kinderlähmung 117 — Pocken 120.
Wölfel und **Pirquet, v.** Milchsalze 14.
Wolff, Siegfried. Empyem 27.
Wolff. Angeborener Schulterhochstand 200.
Wolff-Eisner. Adrenalininhalationen bei Grippe 74.
Wolff und **Küster.** Behandlung der Typhusbazillenträger 58.
Wolfsohn, J. M. Amaurotische Idiotie 49.
Woodruff, I. O. Pflege bei Tuberkulose 46.
Wynhausen und **Elzas.** Diabetes innocens 87.

Zadek. Positiver Wassermann bei Meningitis 85.
Zahn, Friedrich. Gesetzliche Unterstützung kinderreicher Familien in Frankreich 53.
Zappert. Behandlung der Anginen 125 — Entfernung der Rachenmandeln 125.
Zarfl. Laktosurie 111.
Zeller, A. Zweikindersystem 54 — Unterstützung kinderreicher Familien 54.
Zeissl. Ulcus molle 123.
Zeissler und **Riedel.** Meningokokkensepsis 192.
Ziehen. Intelligenzprüfung 163.
Zimmermann, B. F. Arthritis und Endokarditis 48 — Obstipation 48.
Zuelzer. Hormonal bei Ruhr 182.
Zuntz, L. Einfluß der Ernährung des Muttertieres auf die Frucht 64.

Sachverzeichnis.

Abnorme Kinder (Kollock) 49 — (Neustaedter) 49.
Abszeß, peritonsillarer (Moskovitz) 126.
Acardius acephalus (Fonyó) 133.
Acne vulgaris, Behandlung (Hoffmann) 198.
Addisonsche Krankheit (Hertz und Secher) 39.
Adipositas, endogene (Schucany) 80.
Adoption (Seiffert) 53.
Adrenalin, biologische Wertbemessung (v. Groër) 107 — im Blute des Neugeborenen (Cannata) 41 — bei Grippe (Wolff-Eisner) 74.
Albuminurie, orthotische (Beckmann und Schlager) 33.
Alimentäres Fieber (Hirsch und Moro) 14, 62.
Alkaptonurie (Katsch) 62.
Amaurotische Idiotie (Wolfsohn) 49.
Ammenwesen (v. Behr-Pinnow) 51.
Anaërobier (Plaut) 171.
Anämie (Schwenke) 77 — und Krieg (Meyrich) 47, 78.
Angina, konstitutionell beeinflußte (Deussing) 76 — Übertragung durch Milch (Rosenow und Moon) 47 — Zyanquecksilberbehandlung (Zappert) 125.
Appendizitis (Drachter) 81 — (Peple) 48 — akute (Aynesworth) 47 — Ätiologie (Samberger) 127 — Differenzialdiagnose zur Pneumonie (Pallister) 47 — Epidemiologie (Gottstein) 191.
Appendix, Spontanausstoßung (Hammer) 192.
Artfremdes Eiweiß (Fiedberger) 64.
Arthritis und Endokarditis (Zimmermann) 48.
Askariden, Ileus (Hoffmann) 82.
Atemzug, erster (Ahlfeld) 177.
Atherosklerose der Herzklappen (Saltykow) 124.
Athetose double (Bouvé) 102.
Atropin bei ruhrartigen Erkrankungen (Scholtz) 182.
Auge, Sehen mit einem (Lobsien) 50 — Zittern (Ohm) 89 — Behandlung der Blennorrhöe (Ochsenius) 38 — Vakzinebehandlung der Gonorrhöe (Haab) 38 — Beobachtungen an Volksschulen (Bachauer) 50, 89 — Mißbildungen bei Mongolismus (Cassel) 194.
Aureollampe (Ulrichs und Wagner) 171.
Azetonämie, periodische (Hamburger) 80.
Azidose, Säure als Ursache für Nervenübererregbarkeit (Elias) 63 — und klinisches Erbrechen (Pritchard) 44.
Azidotische Konstitution der Neugeborenen (Hasselbach) 63.

Bacillus enteritidis Gaertner, Mischinfektion (Opitz) 118, 182.
Bakteriologisches Taschenbuch (Abel) 164.
Barlowsche Krankheit im Krieg (Epstein) 87 — Herz (Erdheim) 129.
Bergellsche Reaktion (Raudnitz) 111.
Bericht, Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde 135 — Niederländischer Verein für Kinderheilkunde 100.
Bevölkerungspolitik (Landvogt) 54 — (Seiffert) 53 — (Zeller) 54 — in Frankreich (Schloßmann) 53.
Bewegung der bayrischen Bevölkerung (Seiffert) 53.
Bindeelektroden (Einthoven, Meerburg und Endtz) 106.
Blennorrhöe, Behandlung (Ochsenius) 38.

Blindheit bei Neugeborenen (Forest) 50.
Blut, Lehrbuch der Blutkrankheiten (Hirschfeld) 161 — Adrenalin beim Neugeborenen (Cannata) 41 — Cholesteringehalt (Beumer) 174 — Kreatinin und Kreatin (Feigl) 110 — Nichtproteinstickstoff bei Neugeborenen (Schlutz und Pettibone) 41 — Hämoglobingehalt bei Schulkindern (Poetter) 204 — Leukozytenbild bei Infektionskrankheiten (v. Jagic) 112 — leukozytäres Bild bei Parotitis epidemica (Marcovici) 117 — (Lehndorff) 117 — Untersuchungen bei Skarlatina (Schiff und Friedmann) 78 — Verhalten der Leukozyten bei Skarlatina (Türk) 19 — hereditäre hämorrhagische Trombasthenie (Glanzmann) 28.
Blutdruck, Steigerung bei Brightscher Krankheit (Fahr) 189.
Blutzucker bei Myxödem (Nilsson) 194.
Brachydaktylie (de Bruin) 102.
Brom, Wirkung (Januschke) 107.
Bronchitis, rezidivierende (Ochsenius) 190.
Bruckscbe serochemische Reaktion bei Syphilis (Pöhlmann) 188 — (Hauptmann) 188.
Butter-Mehl-Nahrung (Czerny und Kleinschmidt) 3.

Chinin, Derivate gegenüber Diphtheriebazillen (Braun und Schäffer) 171.
Cholesterin, Stoffwechsel (Beumer) 174.
Chorea minor, Anatomie und Bakteriologie (Moser) 37.
Chylothorax (Hüssy) 27.
Clavicula, Fraktur (Johns) 50.
Coecum, Bruch (Bogdán) 81.
Combelen (Lange) 169.

Darm, Fäulnis (Rodella) 176 — Verschluß (Zimmerman) 48 — Invagination (Hussey) 48; (Livermore) 48; (van Rossem) 101 — Resektion (Bouvé) 102 — Mißbildung (Schmincke) 135.
Dementia (Ives) 49.
Dextrokardie, angeborene mit offener Interventrikularwand (Moffett und Neuhof) 47.
Diabetes innocens (Wynhausen und Elzas) 87.
Diabetes mellitus (Kleinschmidt) 195.
Diarrhöe (Johnson) 43 — Behandlung (Reeder) 43.
Diathese, hämorrhagische (Benecke) 125.
Diazoreaktion bei Tuberkulose (Schwab) 26.
Difformitäten bei Poliomyelitis anterior (Großmann) 45.
Digitalis (Boruttau und Stadelmann) 170 — Behandlung (Edens) 39.
Diphtherie, bakteriologische Diagnose (Baumgaertel) 171 — Verhalten des normalen Antitoxins (Groër und Kassowitz) 114 — Autoinokulation (Schmincke und v. Pfaundler) 141 — Bazillenträger (Münchmeyer und Nast) 179 — (Justitz) 179 — (Mühsam) 180 — (Pfeiffer) 180 — (Wittmaack) 17, 108 — Eukupin bei Bazillenträgern (Hermann) 73 — Wirkung der Chininderivate auf die Bazillen (Braun und Schäffer) 171 — Bazillen beim Geflügel (Spiegelberg) 108 — Inkubationszeit bei der Kulturdiagnose (Gehrmann) 42 — Übertragung (Widowitz) 18 — normale Immunität (Groër und Kassowitz) 42, 114 — experimentelle Serumtherapie (Schick, Kassowitz und Busacchi) 115 — Verfettung der quergestreiften Muskulatur (Hotzen) 113 — der Nase und der Haut (Landé) 178 — des äußeren Gehörganges (Szász) 113 — postdiphtherische Lähmung (Gött) 18 — Nabelinfektion (Snell) 72 — Behandlung (Berg) 179 — Antitoxinbehandlung (Stammel) 46 — Serumbehandlung (Borchgrevink) 18, 116 — Serumbehandlung (Czerny) 178 — Heilserumbehandlung (Knapp) 115 — kombinierte Serumbehandlung (v. Delbrück) 73 — Dosierung des Serums (Bell) 44 — Behandlung mit Leerserum (Feer) 72 — Bekämpfung in Volksschulen (Bachauer) 74 — Therapie und Prophylaxe (Kleinschmidt) 17 — städtische Kontrolle (Mc Kay) 42 — Epidemie durch Nahrungsmittel (Sobernheim und Nagel) 179 — Epidemiologie (Perkins) 45.

Diurese, spezifische (Schippers und de Lange) 84.
Duodenum, Atresie (Schmincke) 135 — Sondierung bei Typhus (Bossert und Leichtentritt) 180.
Dysbakta, Ruhrschutzimpfung (Boehncke und Elkeles) 21.
Dysenterie, Bakteriologie und Klinik (Barrenscheen) 20 — Behandlung (Nast) 21 — Behandlung mit polyvalentem Serum (Jakob) 21 — Schutzimpfung mit Dysbakta (Boehncke und Elkeles) 21.
Dysmosil (Ditthorn und Loewenthal) 75.
Dysostose (v. Pfaundler) 154.
Dystrophia adiposo-genitalis mit Myopathie (v. Dziembowski) 190.

Eiweiß, Bedeutung von Zulagen (Howland und Stolte) 15 — Anreicherung der Nahrung (Tanaka) 59 — Überempfindlichkeit gegen artfremdes (Friedberger) 64.
Eiweißmilch (de Bruin) 102.
Eklampsie, Behandlung (Kalb) 194.
Elektrokardiographie (Boruttau und Stadelmann) 163.
Elektrokardiogramm (Einthoven, Meerburg und Endtz) 106.
Empyem (Stephenson) 47 — parapneumonisches und bronchopneumonisches (Gerhard) 77 — Behandlung (Wolff) 27.
Endokarditis und Arthritis (Zimmerman) 48.
Enuresis (Wodall) 36 — Psychotherapie (Ravine) 49.
Epilepsie, operative Behandlung (Kalb) 194 — Folgeerscheinungen nach der Lumbalpunktion bei genuiner (Bossert) 37.
Erbrechen (Epstein) 43 — (Kirtley) 43 — periodisches (Hamburger) 80 — zyklisches und Azidose (Pritchard) 44.
Erholungsfürsorge (Oxenius) 96.
Ernährung (Haut) 43 — (Johnson) 43 — (Ruckman Mixsell) 43 — (Scott) 44 — (Smith) 44 — (Stein) 44 — künstliche (Edelmann) 43 — (Epstein) 43 — mit unverdünnter Zitratmilch (Carter) 43 — Butter-Mehl-Nahrung (Czerny und Kleinschmidt) 3 — mit einfachen Verdünnungen (Anderson) 42 — mit Schleim (Klose und Bratke) 172 — mit Zitratvollmilch (Pritchard) 43 — mit homogenisierten Mischungen von Olivenöl und fettfreier Milch (Ladd) 43 — im Kriege (Heß) 43; (Pirquet) 109 — des älteren Kindes (Langstein) 160 — schwer ernährbarer Kinder (Pisek) 43 — Spätfolgen künstlicher (Beveridge und Fitch) 42 — Spätwirkungen (van der Bogert) 43 — bei angeborenem Herzfehler (Weber) 189 — System (v. Pirquet) 4.
Erstgeborene (Weinberg) 68.
Erysipel, Behandlung mit Rekonvaleszentenserum (Kaiser) 45 — künstliche Höhensonne (Schenk-Popp) 118 — Vioformfirnis (Moszkowicz) 131.
Erythema exsudativum bullosum (Finkelstein) 204.
Erythema, polymorphes (Husler) 156.
Erythema scarlatiniforme (Zappert) 112.
Erythraemia (Rombach) 79.
Erziehung (Fröschels) 49 — körperliche (Sommer) 93.
Eukupin bei Diphtheriebazillenträgern (Hermann) 73.
Exantheme, Veränderungen der Hautkapillaren (Weiß und Hanfland) 38.

Fäzes, Lipasegehalt (Molnár) 175.
Fazialis, Phänomen (Pulay) 128 — Phänomen bei Infektionskrankheiten (Gioseffi) 35.
Festschrift zur Feier des zehnjährigen Bestehens des Kaiserin-Auguste-Viktoria-Hauses (Langstein) 165.
Fettsucht, endogene (Schucany) 80.
Feuermal (Bossard) 88.
Fieber, alimentäres (Hirsch und Moro) 14, 62.
Fieber, transitorisches, der Neugeborenen (Jaschke) 177 — (Langstein) 177.
Fieberzustände, dunkle (Rachford) 41.
Finger, Mißbildung (Holländer) 200.
Fissura sternalis congenita (Elias) 133.
Fleckfieber (Soucek) 120.
Flexibilitas cerea (Hermann) 84.
Fötus, Einfluß der Ernährung des Muttertieres (Zuntz) 64 — Sal-

varsanbehandlung der Mutter (Meyer) 187.
Freiluftschulen (Kingsley) 55.
Frühgeborene, Stoffwechsel (Rubner und Langstein) 175 — Zwillinge, Ernährung (Hoffmann) 70.
Fürsorge (Ayers) 51 — (Hanna) 54 — (Kehrer) 52 — (Otis) 53 — (Schimper) 53 — (Seiffert) 53 — (Siemering) 201 — (Epstein) 202 — (De Vilbiss) 53 — Unterstützung kinderreicher Familien (Zahn) 53 — für kindergesegnete Familien (Zeller) 54 — auf dem Lande (Oppenheimer) 53 — (Steinbacher) 53 — Beamtinnen im Dienste der Sozialversicherung (Baum) 51 — des Kleinkindes (Seiffert) 53 — Deutschlands Spende (Meier) 52 — in Charlottenburg (Bendix) 51 — Bayrische Wanderausstellung (Hecker) 52 — in Bayern (Henkel) 52 — Familienfürsorge in Düsseldorf (Baum) 51 — in Gunzenhausen (Eidam) 52, 134 — in München (Hecker) 52 — in Würzburg (Heilmayer) 92 — in Groß-Brüssel (Noeggerath) 52 — in Norwegen (Herzfelder) 52 — in Österreich (Weiß) 134 — in den Vereinigten Staaten (Neff) 52 — auf Kuba (Doernberger) 51.

Galaktosurie (Göppert) 175.
Galle, angeborener Verschluß der großen Gänge (Buzik) 192.
Gastroenteritis, Behandlung der akuten (Koch) 43.
Gaumensegel, Lähmung (Gaylord Hall) 50.
Geburtenfolge und Sterblichkeit (Friedberger) 93.
Geburtenrückgang (Behm) 51 — (Brüning) 51 — (Ehrenberg) 51 — (Opitz) 53 — (Steinke) 53.
Gefäße, biologische Wertbemessung gefäßverengernder Mittel (v. Groër) 107.
Geistesstörungen, Wassermannsche Reaktion (Gordon) 47.
Gerinnungsreaktion bei Syphilis (Sordelli und Fischer) 188.
Gesichtsspalte (Drachter) 157.
Gesundheitspflege (Weinberg) 95.
Gliom, bilaterales, der Netzhaut (Hansell) 50.
Glomerulonephritis (Bratke) 83.
Gonorrhöe, Vulvovaginitis (Géber) 118 — (Vollbrandt) 119 — Heiße Bäder (Schotten) 71 — Vakzinebehandlung (Haab) 38.
Grippe, Behandlung mit Adrenalin (Wolff-Eisner) 74 — Stenosen der Luftwege bei epidemischer (Stettner) 20.

Hämoglobingehalt bei Schulkindern (Poetter) 204.
Hämorrhagien, Behandlung beim Neugeborenen (Hubbard) 44.
Hämorrhagische Windpocken (Campbell) 44.
Handbuch der Röntgenlehre (Gocht) 162.
Harnblase, Ektopie (Husler und Schmincke) 136.
Harnwege, infektiöse Erkrankungen (von Mettenheim) 127 — akute eitrige Affektionen (Maggiore) 48.
Haut, Kapillaren (Mertz) 195 — Veränderungen der Kapillaren bei Exanthemen (Weiß und Hanfland) 38 — Verfärbung nach Mohrrübengenuß (Salomon) 109 — (Kaupe) 60 — (Stoeltzner) 60 — (Klose) 60 — Diphtherie (Landé) 178 — Idiosynkrasie gegen Röntgenstrahlen (Schmidt) 197 — Tuberkulose (Nobl) 46.
Hebamme und Säuglingsfürsorge (Doernberger) 51.
Hernia diaphragmatica (de Bruin) 100 — (Monti) 132.
Herz, Atherosklerose der Klappen (Saltykow) 124 — Zirrhose (Schmincke und v. Pfaundler) 142 — Differenzierung funktioneller und organischer Krankheiten (Baß) 47 — Ernährungsstörungen des Herzmuskels (Büchingen) 163 — Wachstum und Ernährungserfolge bei angeborenem Fehler (Weber) 189 — primäre Hypertrophie (Riesenfeld) 26 — Hypertrophie und Dilatation der rechten Kammer (Reinach) 152 — Hypertrophie bei Brightscher Krankheit (Fahr) 189 — intrakardiale Injektion (Hesse) 123 — Dextrokardie mit offener Interventrikularwand (Moffett und Neuhof) 47 — Erkrankungen (Tuley) 47 — bei Barlowscher Krankheit (Erdheim) 129 — Arthritis und Endo-

karditis (Zimmerman) 48 — angeborener Fehler (Morse) 47 — (Schorer) 47 — Mißbildungen bei Mongolismus (Cassel) 194 — bei Myxödem (Aßmann) 76.
Hirn, Einfluß der Röntgenstrahlen (Brunner und Schwarz) 106 — Prognose zerebraler Anomalien (Czerny) 193 — Schwellung nach Salvarsan (Stühmer) 57 — Symptome bei Pyelozystitis (v. Bókay) 35 — tuberkulöse Tumoren (Friedenwald und Greenfeld) 46.
Hirschsprungsche Krankheit (de Bruin) 100.
Höhensonne, künstliche (Wagner) 206 — künstliche, bei Bauchtuberkulose (Meyer) 26 — künstliche, bei Erysipel (Schenk-Popp) 118.
Homogenisierte Mischungen von Olivenöl und fettfreier Milch (Ladd) 43.
Hormonal bei Ruhr (Zueltzer) 182.
Humerus, Fraktur (v. Lesser) 92.
Hunger, Erkrankungen des Skelettsystems (Simon) 130.
Hydrozephalus (Bossert) 86 — chronischer (Hanssen) 49 — internus (Motzfeld) 128.
Hydrops, kongenitaler (Lahm) 68.
Hygiene (Baker) 51 — geistige (Mc Cready) 51 — und Ethik (Klatt) 92.
Hypernephrom der Nebenniere (Schiff) 31.
Hyperplasia fascialis progressiva Goto (Johannessen) 35.
Hypophysenextrakt bei Idiotie und Zerebrospinalmeningitis (Lindenberger) 42.

Idiotie (Ives) 49 — (van der Scheer) 86 — Hypophysenextrakt (Lindenberger) 42 — amaurotische (Wolfsohn) 49.
Ikterus, epidemicus (Ickert) 32 — hämolytischer (Alba und Hirschfeld) 192.
Ileus, Askariden (Hoffmann) 82.
Imbezillität (Ives) 49.
Immunität, vakzinale (Unger) 108.
Impetigo, Behandlung (Aron) 196.
Infantilismus (Reinach) 152 — (Schippers) 100.
Infektionskrankheiten (de Monchy) 102 — Leukozytenbild (v. Jagic) 112 — und Krippen (Bauer) 203 — und Krippe (Hohlfeld) 93.
Influenza, Epidemie (Knöpfelmacher) 116.
Intelligenz, Prüfung (Bloch) 48 — (Ziehen) 163.
Inunktionstherapie (Gerlach) 42.
Iris, Tumor (Rumpelt) 131.

Jugendfürsorge (Altschul und Heller) 98.

Kala-azar (Castellani) 45.
Kalk, Stoffwechsel bei Rachitis tarda (Ricklin) 16.
Kasein bei Ruhr (Rosenhaupt) 182.
Kieselsäure haltige Heilmittel (Kobert) 170.
Kinderforschung (Baege) 54, 59.
Kindesmord (Puppe) 203.
Kleinkinderfürsorge (Bolder) 51 — (Seiffert) 53 — (Seitz) 53.
Knochen, posttyphöse Erkrankungen (Scholz) 22.
Kolostrum als diagnostisches Hilfsmittel (Gardlund) 61.
Komplementbindung bei Pertussis (Olmstead und Luttinger) 45.
Konstitution (Haverschmidt) 100.
Körperlänge bei Schulkindern (Spielrein) 58.
Koxitis, eitrige (Schmincke und v. Pfaundler) 142.
Kraniometrie (Clark) 42.
Kreatin im Blute (Feigl) 110.
Kremasterreflex (Hamburger) 106.
Krieg, Neugeborene (Hofmann) 67 — (Maron) 67 — (Peller) 178 — Entwicklung des Säuglings (Pollak) 110 — Wachstum und Gewicht der Kinder (Schlesinger) 110 — Einfluß auf die Körpermaße (v. Pfaundler) 154 — und Ernährung (Pirquet) 109 — Einfluß auf die Ernährung (Griesbach) 174 — Einwirkung auf die Gesundheit der Jugend (Bachauer) 51 — (Thiele) 53 — Einfluß auf die Schulkinder (Oschmann) 55 — Schulkinder (Seßler und Homburger) 55 — Einfluß auf die Volksschüler (Lehfeldt) 55, 60 — Einfluß der Ernährung auf die Volksschüler

(Oschmann) 60 — und Bevölkerung (Tandler) 134 — (Szana) 134 — (Stransky) 134.
Kriegswochenhilfe (Jäger) 52.
Krippe und Infektionskrankheiten (Bauer) 203.
Kuhnsches Verfahren des Typhusnachweises im Stuhl (Jennicke) 181.
Kutanreaktion, traumatische (Pirquet) 105.

Lähmung, postdiphtherische (Gött) 18.
Laktation, vorzeitiger Rückgang und Versiegen (Thiemich) 3.
Laktosurie beim Brustkind (Reuß und Zarfl) 111.
Landaufenthalt der Schulkinder (Weinberg) 96 — (Kloß) 96.
Landrysche Lähmung (Neustaedter) 49.
Larynx, Stenose durch angeborene Kehlkopfzyste (Pünder) 27 — Streptokokkenerkrankung (Gaylord Hall) 50.
Lebensvorgänge, Entstehung der ersten (Flesch) 206.
Leber bei konstitutioneller Asthenie (Uhlmann) 175 — Galaktosurie nach Milchzuckergabe (Göppert) 175 — akute gelbe Atrophie (Mayer) 48.
Lebertran, Wirkung (Orgler) 1.
Leibesübungen (Thiele) 95.
Lehrbuch der Blutkrankheiten (Hirschfeld) 161 — der Kinderheilkunde (Brüning) 159 — (Kleinschmidt) 158 — (Klose) 159 — (Samelson) 159 — der Säuglingskrankheiten (Birk) 103.
Leukogen (Bronner) 198.
Lipase, Gehalt der Fäzes (Molnár) 175.
Lipodystrophia (de Bruin) 100.
Lumbalpunktion, Folgeerscheinungen bei genuiner Epilepsie (Bossert) 37.
Lunge, Hypoplasie (Glinski) 124 — Tuberkulose (Schmincke) 137.
Lymphadenitis acuta (Ochsenius) 79 — scarlatinosa necroticans (Welcker) 71.

Magen, Radiologie der Bewegungsvorgänge am kranken (Fischer) 41 — primäres Sarkom (Fritzsche) 191 — und Darmerkrankungen (Schmidt) 163.
Magermilch, homogenisierte Mischungen mit Olivenöl (Ladd) 43.
Maul- und Klauenseuche (Reinach) 152.
Meckelsches Divertikel, Gangrän (Monti) 127.
Meningismus nach Neosalvarsan (Slawik) 187.
Meningitis cerebrospinalis (Hryntschak) 129 — (Kuhlmann) 45 — (Lewkowicz) 118 — (Spaet) 46 — Milchsäureausscheidung (Lindner und v. Moraczewski) 111 — Hypophysenextrakt (Lindenberger) 42.
Meningitis, positiver Wassermann (Zadek) 85.
Meningitis purulenta (Mayerhofer-Lateiner) 129.
Meningitis, eitrige und Meningealblutung (Lindberg) 37.
Meningitis tuberculosa (Fonzo) 46.
Meningoencephalitis (Brouwer) 85.
Meningokokken, Sepsis (Zeißler und Riedel) 192.
Menschenkundlicher Unterricht (Kloß) 96.
Messungen (Spielrein) 41 — auf Schulschiffen (Stuhl) 16.
Mikrognathie (Kaumheimer) 157.
Milch, Mineralstoffe (v. Pirquet und Wölfel) 14 — kondensierte (Bark, Schroeder und Bartholow) 44 — Übertragung von Angina (Rosenow und Moon) 47 — von gegen Tuberkulose immunisierten Tieren (Sivori) 44 — Schmutz, Eiter und Pepton (Serkowski) 110 — Verwertung der sauren (Hamburger) 109 — Wirkung auf glatte Muskulatur (Meyer) 61 — parenterale Zufuhr (Schmidt) 176 — Injektionen bei Otitis media (Gomperz) 132 — Injektionen bei Ophthalmoblennorhöe (v. Liebermann) 131 — Versorgung (Friedlander) 43.
Milchsäure, Ausscheidung bei Meningitis cerebrospinalis (Lindner und v. Moraczewski) 111.
Mineralstoffe der Milch (von Pirquet und Wölfel) 14.
Mineralstoffwechsel bei Meningitis cerebrospinalis (Lindner und v. Moraczewski) 111.
Milz, familiäre Splenomegalie (de Lange und Schippers) 32.
Mongolismus (de Bruin) 100 — (van der Scheer) 86 — Mißbildungen an Herz und Augen (Cassel) 194.

Mohrrüben, Hautverfärbung nach Genuß (Salomon) 109 — Hautverfärbung (Kaupe) 60 — (Stoeltzner) 60 — (Klose) 60.
Morbidität (Seiffert) 53.
Morbillen, Komplikationen (Hunt) 45 — (Wilson) 46 — Komplikationen durch Pneumonie (Minton) 45 — und Typhus (v. Chelmicki) 180.
Muskel, Kraftprüfung bei infantiler Paralyse (Martin und Lovett) 45 — posttyphöse Erkrankungen (Scholz) 22.
Muskulatur, Verfettung der quergestreiften (Hotzen) 113.
Mütter (Ibrahim) 205.
Mütterheim (Jäger) 52.
Myatonia congenita (Strauch) 49.
Myelitis (Pfeiffer) 20.
Myelodysplasie (Wodall) 36.
Myopathie bei Dystrophia adiposo-genitalis (v. Dziembowski) 190.
Myositis ossificans (ten Bokkel) 100 — (Goett) 142 — multiplex progressiva (Johannessen) 35.
Myxödem, Blutzucker (Nilsson) 194 — Herz (Aßmann) 76.
Myxoma intestinalis (Schippers) 100.

Nabel, Diphtherie (Snell) 72 — Koliken (Knöpfelmacher und Bien) 126.
Nase, Diphtherie (Landé) 178.
Naevi angiomatosi (Bossard) 88.
Nebennieren, Apoplexie (Fridrichsen) 31.
Nebenniere, Hypernephrom (Schiff) 31.
Neosalvarsan, Meningismus (Slawik) 187.
Nephritis, akute diffuse Glomerulonephritis (Bratke) 83.
Nervenhygiene des Säuglings (Lehmann) 42.
Neugeborene, Physiologie (Benedict und Talbot) 44 — Physiologie (Isachsen) 65 — Gewichtsverhältnisse (Benestad) 66 — (Kirstein) 66 — (Mayer) 67 — transitorisches Fieber (Jaschke) 177 — (Langstein) 177 — azidotische Konstitution (Hasselbach) 63 — Röntgenuntersuchungen (Vogt) 68 — Behandlung hämorragischer Erkrankungen (Hubbard) 44 — Blindheit (Forest) 50 — im Krieg (Peller) 178 — Geburtsmaße im Kriege (Hofmann) 67 — (Maron) 67. — Pflege (Morgan) 44.
Neuroblastoma sympathicum congenitum (Hertz und Secher) 39.
Neurologie, praktische Untersuchungsmethoden (Kafka) 163.
Neuropathie (Kretschmer) 49.
Niere, Funktionsprüfung (Schippers und de Lange) 84 — Sarkom (Schippers) 100 — juvenile primäre Schrumpfniere (Glaser) 33 — Zystenniere (Glaser) 34 — (Husler und Schmincke) 136 — Therapie der Kriegsniere (Nonnenbruch) 34.

Obstipation, chronische (Epstein) 43.
Ödem (Schiff) 50 — menschliches (Eppinger) 160 — angioneurotisches (Siegenbeck) 102.
Ohr, Beobachtungen an Volksschulen (Bachauer) 50, 90.
Öle, Ersatz (Curschmann) 169.
Olivenöl, homogenisierte Mischungen mit Magermilch (Ladd) 43.
Ophthalmoblennorrhöe (von Liebermann) 131.
Optochin (Kudrnáč) 198.
Orthopädie (Tubby) 51.
Orthotische Albuminurie (Beckmann und Schlager) 33.
Ösophagus, Stenose (Reinach) 152 — Laugenverätzung (Schmincke und v. Pfaundler) 141.
Osteochondritis, syphilitische (de Bruin) 102.
Osteogenesis imperfecta (Eiken) 130 — (Kusnezoff) 130 — (Niklas) 130.
Osteomalazie, genuine (Eiken) 130.
Osteopsathyrosis, Ernährungstherapie (Czerny) 205.
Otitis media (Emerson) 50 — (Smith) 50 — Milchinjektionen (Gomperz) 132.
Ozaena, Bakteriologie (Koenigsfeld) 199 — Coccobacillus foetidus (Amersbach) 199.

Pachymeningitis haemorrhagica (Lade) 85 — (Schmincke und v. Pfaundler) 140.
Pankreas, Zyste (van der Hoeven) 102.
Paralyse des weichen Gaumens (Gaylord Hall) 50 — Landrysche

(Neustaedter) 49 — multiple, bei Poliomyelitis anterior (Sylvester) 46.
Paratyphus (Marschhausen) 181 — Bazillenträger (Krause) 25 — -B-Infektion, Klinik und Pathogenese (Stephan) 22.
Paravakzine (Lipschütz) 105.
Parotitis epidemica, leukozytäres Blutbild (Marcovici) 117 — (Lehndorff) 117.
Pathologisch-histologische Untersuchungsmethoden (Schmorl) 162.
Periostitis albuminosa (Schmincke) 137.
Peritonitis, Nachbehandlung (Roedelius) 191 — chronische hämorrhagische (Schippers) 100.
Pertussis (Behlow) 44 — Frühdiagnose (Chievitz und Meyer) 20 — Komplementbindung (Olmstead und Luttinger) 45 — Vakzine zur Prophylaxe (Frankel) 45 — Behandlung (Aufrecht) 180 — (Fischl) 180 — (Kraus) 116 — Epidemiologie (Perkins) 45 — Statistik (Crum) 45.
Pes varus (Ely) 50.
Pflege (Doernberger) 41 — (Schloßmann) 53 — Neugeborener (Morgan) 44 — pränatale (Edward) 44.
Pflegerinnen (Reinach) 53 — (Rommel) 53.
Phosphorsäure, Stoffwechsel bei Rachitis tarda (Ricklin) 16.
Pituitrin bei Meningitis cerebrospinalis und Idiotie (Lindenberger) 42.
Plattfuß (Ritschl) 132.
Pleuritis (Stephenson) 47.
Pneumokokken, Infektion des Auges (Kudrnáč) 198.
Pneumonie (Martin) 47 — Differenzialdiagnose zur Appendizitis (Pallister) 47 — Reflex des Musculus tensor fasciae latae (Wateff) 190 — als Masernkomplikation (Minton) 45 — Behandlung (Pritchett) 47.
Pneumothorax (Scheltema) 101.
Poliomyelitis acuta (Koplik) 45 — anterior, Behandlung des akuten Stadiums (Baß) 44 — abortive, nichtparalytische (Draper) 45 — anterior (Flexner) 45 — (Kling) 117 — (Schmincke und von Pfaundler) 139 — (Siegenbeck) 102 — (Stiefler) 117 — (Wolf) 117 — Diagnose (Neal) 45 — Muskelkraftprüfung (Martin und Lovett) 45 — Epidemie (Ager) 44 — (Emerson) 45 — Epidemiologie (Sawyer) 45 — Difformitäten (Großmann) 45 — orthopädische Behandlung (Wallace) 51 — Korrigierung von Fußdifformitäten (Marshall und Osgood) 51 — Sehnentransplantation (Mc Eachern) 50 — mit multipler Paralyse (Sylvester) 46 — und Landrysche Paralyse (Neustaedter) 49.
Polycythaemia rubra (Rombach) 79.
Präzipitation bei Vakzine (Tomarkin und Suarez) 108.
Progeria (Schippers) 100.
Prophylaxe (Carroll) 41.
Proteinkörper, Therapie (Schmidt) 176.
Proteus bei Säuglingen (van Loghem) 111.
Psychische Mängel normaler Kinder (Weigl) 49.
Psychologie (Gaupp) 159 — und Schule (Habermann) 48.
Psychopathische Jugendliche, Einfluß des Krieges (Girstenberg) 48.
Pupille, Anomalien bei viszeraler Lues (Nochte) 188.
Purpura (Lindvall) 131 — Ätiologie (Peutz) 197 — bei Serumkrankheit (Widmer) 171.
Pyelitis (Segura) 48 — Serumbehandlung (Plantenga) 101.
Pyelozystitis (v. Bokay und Buday) 83 — Gehirnsymptome (v. Bókay) 35.
Pylorus, Hypertrophie (Reinach) 153 — Spasmus (van Rossem) 101 — Stenose (Cochems und Bender) 48 — Stenose (Hill) 48 — hypertrophische Stenose (Drachter) 81 — hypertrophische Stenose (Rilley) 48 — hypertrophische Stenose (Strawn) 48 — Rammstedtoperation bei Stenose (v. Bókay) 32 — pyloroplastisches Verfahren bei Stenose (Strauß) 48.
Pyodermia vegetans (Finkelstein) 204.
Pyopneumothorax (de Bruin) 102.

Rabies, Schutzimpfung (Pfeiffer) 20.
Rachitis, Ätiologie und Behandlung (Feer) 172 — tarda (Hoch-

stetter) 130 — Kalk- und Phosphorsäurestoffwechsel (Ricklin) 16.
Radiologie der Bewegungsvorgänge am kranken Magen (Fischer) 41.
Reichswochenversicherung (Mumm) 52.
Rektum, Prolaps (Eunike) 31.
Retina, bilaterales Gliom (Hansell) 50.
Riesenwuchs, angeborener (Schultz) 131.
Röntgenlehre, Handbuch (Gocht) 162.
Röntgenologie (Holzknecht) 162.
Röntgenstrahlen, Idiosynkrasie der Haut (Schmidt) 197.
Ruhr, Klinik (Koch) 74 — Schutzimpfstoff (Ditthorn und Loewenthal) 75 — Atropinbehandlung (Scholtz) 182 — Hormonaltherapie (Zuelzer) 182 — Kaseinbehandlung (Rosenhaupt) 182 — Vakzinebehandlung (Margolis) 182 — (Skalski und Sterling) 183 — in Russisch-Polen (Flusser) 183.
Ruhrserum (Flatzek) 183.

Salvarsan, Wirkung der Behandlung der Mutter auf den Fötus (Meyer) 187 — Hirnschwellung (Stühmer) 57.
Salvarsannatrium (Hoffmann) 187.
Sarkom der retroperitonealen Lymphdrüsen (Schippers) 100.
Säuglingspflege (Berend) 206 — (Riether) 206.
Schädel, Messungen (Clark) 42.
Schicksche Reaktion (Moffett) 41.
Schleim in der Ernährung (Klose und Bratke) 172.
Schrumpfniere, juvenile, primäre (Glaser) 33.
Schulanfang (Langerhans) 55.
Schulanfänger (Hepner) 54.
Schularzt (Barth) 54 — (Dunham) 54 — (Gastpar) 54 — (Haag) 54 — (Höhne) 54, 97 — (Malin) 55 — (Roller) 55 — (Thiele) 97 — (Axmann) 97 — — (Burgerstein) 97 — (Steinhaus) 97 — in Österreich (Burgerstein) 54 — Statistik (Axmann) 54.
Schule, Hygiene (Todd) 55 — Hygiene in Volksschulen (Baird) 54 — Keimgehalt der Schulluft (Ströde) 94 — (Pietsch) 55, 94 — Verhütung der Infektion (Solis-Cohen) 55 — Hygiene im Osten (Kemsies) 54 — zu frühe Einschulung (Baege) 54 — menschenkundlicher Unterricht (Kloß) 55 — Unterricht in der Säuglingskunde (Steinhaus) 55 — Kriegsernährung (Seßler und Homburger) 97 — Einfluß auf die gewerbliche Kinderarbeit (Buetz) 54, 98 — Tuberkulosefilm (Kemsies) 55 — Fürsorge (Kemsies) 99 — orthopädische Fürsorge (Buetz) 96 — Fürsorge für sprachkranke Kinder (Rothe) 55, 96 — Jugendfürsorge (Altschul) 51 — und Kinderhort (Herford) 52, 98 — und Volkskraft (Lorentz) 55, 99 — Erziehung zur Wehrtüchtigkeit (Wimmenauer) 99 — (Thiele) 99.
Schulkinder, Fürsorge, Orthopädie (Buetz) 50.
Schulkindergarten (Steinhaus) 55.
Schulpflegerin (Buetz) 54, 95 — (Burgerstein) 95.
Schulschwester (Burgerstein) 54.
Schulversäumnisse (Thiele) 55.
Schulter, angeborener Hochstand (Wolff) 200 — (Chotzen) 200.
Schwachsinn und Sprache (von Hovorka) 108.
Schwachsinniges Wunderkind (Hampel) 48.
Schwangeren, Fürsorge (Hecker) 146.
Schwangerschaft, künstliche Unterbrechung (Winter) 163 — Schutz (Epstein) 202 — Ernährung (Zuntz) 64.
Sehen mit einem Auge (Lobsien) 50.
Sehnentransplantation nach Kinderlähmung (Mc Eachern) 50.
Serumkrankheit und Purpura simplex (Widmer) 171.
Sexualpädagogik (Sonnenberger) 49, 59.
Sinus longitudinalis als Vorzugsstelle für Injektion und Transfusion (Helmholz) 42.
Skarlatina (Graham) 45 — Blutuntersuchungen (Schiff und Friedmann) 78 — Verhalten der Leukozyten (Türk) 19 — Emp-

fänglichkeit (Rominger) 112 — Übertragung (Widowitz) 18 — Rezidive (Einstoß) 19 — wiederholte Erkrankungen (Zappert) 112 — Lymphadenitis necroticans (Welcker) 71 — Statistik (Fechner) 113 — traumatische (Korach) 199.
Sklera, blaue (Voorhoeve) 70.
Sklerose, diffuse (Lade) 85 — der Stammganglien (Mammele) 193.
Skoliose, Entstehung und Behandlung (Haglund) 162 — Behandlung (Young) 51 — postpleuritische (Gaugele) 132.
Skorbut, infantiler (Heß) 49.
Solarson bei Acne (Hoffmann) 198.
Solbadekuren (Axmann) 54.
Sommerdiarrhöe (Ames) 42 — Bakteriologie (Kendall) 43.
Sommerzeit (Kloß) 94 — (Langerhans) 94.
Sozialhygienische Bevölkerungspolitik (Baum) 51.
Spasmophilie (Grulee) 49 — (Kleinschmidt) 195 — (Resch) 35 — (Stheemenn) 100.
Spasmus nutans (Raudnitz) 36.
Spina bifida (Rockwell) 49 — und Uterusprolaps (Ebeler und Duncker) 201.
Spinalflüssigkeit (Levinson) 41 — Kolonbazillen (Michael) 42.
Spinat, Verdaulichkeit (Rubner) 172.
Splenomegalie, familiäre (de Lange und Schippers) 32.
Sprache, Entwicklung (Fröschels) 2 — Störungen (Swift) 49 — bei schwachsinnigen Kindern (v. Hovorka) 108 — Fürsorge für sprachkranke Kinder (Rothe) 55.
Sprachgebrechliche Kinder (Carrie) 58.
Stärke in der Säuglingsnahrung (Southworth) 44.
Statistik der Bevölkerung (Schloßmann) 203.
Status thymico-lymphaticus (Riesenfeld) 26 — (Schirmer) 125.
Stenosen der Luftwege bei epidemischer Grippe (Stettner) 20.
Sterblichkeit (Klehmet) 52 — (Morse) 52 — in Aachen (Talbot) 53 — in Belgien (Noeggerath) 52 — in Minnesota (Easton) 51 — in New-Jersey (Levy) 52 — vor 80 Jahren (Herrman) 52.
Stillen (Friedjung) 109 — (Hessenbach) 43 — (Jaschke) 172 — (Johnson) 43.
Stillgelder (Kohn) 52.
Stoffwechsel bei Frühgeborenen (Rubner und Langstein) 175 — Untersuchung bei älteren Kindern (Fuhge) 15 — Kalk und Phosphorsäurestoffwechsel bei Rachitis tarda (Ricklin) 16.
Stomatitis, Behandlung mit Neosalvarsan (De Sanctis) 50.
Stottern (Reed) 49 — Psychologie (Makuen) 42.
Stummheit (Fröschels) 2.
Syphilis, Röntgendiagnose (Pick) 205 — Gerinnungsreaktion (Sordelli und Fischer) 188 — serochemische Reaktion von Bruck (Pöhlmann) 188 — (Hauptmann) 188 — latente kongenitale (Benjamin) 144 — Pupillenanomalien bei viszeraler (Noehte) 188 — Gumma (Ries) 123 — Pachymeningitis haemorrhagica (Schmincke und v. Pfaundler) 140 — Osteochondritis und Periostitis (de Bruin) 102.
System der Ernährung (v. Pirquet) 4.

Tebelon bei Skrofulotuberkulose (Stoeltzner) 122.
Tetanie, Beteiligung des vegetativen Nervensystems (Aschenheim) 128.
Tetanus neonatorum (de Vries) 71.
Therapeutisches Jahrbuch (Nitzelnadel) 165.
Therapie (Ellingwood) 42 — Taschenbuch (Schnirer) 164.
Thrombasthenie, hereditäre hämorrhagische (Glanzmann) 28.
Thrombose des Sinus lateralis (Royden Peabody) 50.
Thymitis (Schmincke) 137.
Thymus, Funktion (Hart) 29 — Hyperplasie (Birk) 30.
Thyreoidea und Ödem (Eppinger) 160.
Tonsillektomie (Klestadt) 126.
Tonsillen, naturgemäße Behandlung (Röder) 206 — operative Behandlung (Zappert) 125 — Peritonsillarabszesse (Moskovitz) 126.
Totgeburten (Printzing) 178.
Trimenon, das erste (Moro) 69.
Trockenpinselungen (Aron) 196.

Tuberkelbazillen, Nachweis im Lumbalpunktat (Engelsmann) 122.
Tuberkulin, Reaktion (van de Kasteele) 101 — kutane Reaktion (Hermann) 25 — perkutane Reaktion (Hamburger und Stradner) 121 — Stichreaktion und Kutanreaktion (Hamburger) 76 — Herdreaktion (Allinger-Stein) 121 — negative Tuberkulinreaktion (Schultz) 25 — Röntgenbefunde bei tuberkulinnegativen Erwachsenen (Holitsch) 106 — Wertbestimmung (Löwenstein-Brill) 121 — Diagnostik (Kleinschmidt) 183 — Behandlung (Stheeman) 102 — Injektion (Hamburger und Müllegger) 120 — therapeutische Hautimpfung (Widerõe) 121.
Tuberkulose (Achard) 46 — (Dickinson) 46 — (Fowler) 46 — (Frazier) 46 — (Morse) 46 — (Pollak) 46 — (Riba) 46 — (Thiele) 46, 75 — (Youtsey) 47 — akute (Gorter) 101 — Antikörper (Ungermann) 122 — Überempfindlichkeit (Ungermann) 122 — Empfänglichkeit (Peck) 46 — Infektion (Hamburger) 122 — bovine Infektion (Pottenger) 46 — Sekundärinfektionen (Repaci) 46 — Pathogenese (Frisch) 121 — Quellen (Engel) 184 — experimentelle der Meerschweinchen (Friedberger) 185 — Neutralisationsphänomen (Singer) 26 — Temperatur und Gewichtskurve (Goett) 143 — Prognose (Eichelberg) 184 — Diazoreaktion (Schwab) 26 — Milch immunisierter Tiere (Sivori) 44 — Behandlung der Bauchtuberkulose mit künstlicher Höhensonne (Meyer) 26 — Friedmannsche Schutzimpfung (Kruse) 184 — Behandlung mit Tebelon (Stoeltzner) 122 — Behandlung der chirurgischen (Bier) 186 — Pflege (Woodruff) 46 — und Sonne (Rollier) 46 — der Bronchialdrüsen (Huet) 100 — der Drüsen und Lunge beim Säugling (Fadda) 46 — der Haut (Nobl) 46 — Chylothorax (Geinitz) 185 — der Lunge (Schmincke) 137 — Hirntumoren (Friedenwald und Greenfeld) 46 — Solitärtuberkel im Halsmark (Schmincke) 138 — Ernährung im Krieg (Beschorner) 185 — und Alkohol (van Dorp) 101 — Film (Kemsies) 95.
Typhus (van de Kasteele) 100 — (Percy) 45 — Bazillenträger (Krause) 24, 25 — Nachweis (Jennicke) 181 — Duodenalsondierung (Bossert und Leichtentritt) 180 — Schutzimpfung (Seiffert) 181 — Behandlung der Bazillenträger (Küster und Wolff) 58 — Vakzinetherapie des abdominalen (Decastello) 45 — posttyphöse Erkrankungen der Knochen, der Knochenhaut, der Muskeln und Sehnen (Scholz) 22 — und Masern (von Chelmicki) 180.

Ulcus molle (Zeißl) 123.
Uneheliches Kind, rechtliche Stellung (Meier) 39.
Unterernährung (Schmidt) 173.
Urochromogenreaktion, Weißsche (Ernst) 1.
Uterus, Prolaps (Ebeler und Duncker) 201 — Erkrankung bei Vulvovaginitis (Mucha) 119.

Vakzinale Immunität (Unger) 108.
Vakzination, Dauer des Impfschutzes (Böing) 201 — (Gins) 201 — Wiederholung bei Erfolglosigkeit (Schwalbe) 201 — (Tjaden) 201 — Technik (Kronfeld) 134 — in Österreich (Mayerhofer) 133 — (Paul) 133 — österreichisches Gesetz (Raudnitz) 133.
Vakzine, Präzipitation und Thermopräzipitation (Tomarkin und Suarez) 108 — Therapie des Abdominaltyphus (Decastello) 45 — Therapie der Ruhr (Margolis) 182 — (Skalski und Sterling) 183.
Variola (Wolf) 120 — Schutzimpfung (Pirquet) 120 — Schutz durch Vakzineinjektionen (Knöpfelmacher) 120.
Varizellen, Schutzimpfung (Birk) 20 — hämorrhagische (Campbell) 44 — und Hautblutungen (Knöpfelmacher) 119.
Varizen, kongenitale (Forst) 124.
Vioformfirnis gegen Erysipel (Moszkowicz) 131.
Vlemingkxsche Lösung (Obermüller) 198.
Vormundschaft (Baum) 51.

Vorschulen in Bayern (Dörnberger) 143.
Vulvovaginitis gonorrhoica, Behandlung (Géber) 118 — (Vollbrandt) 119 — und Uteruserkrankung (Mucha) 119.

Wachstum, Steigerung einer Körperhälfte (Kötz) 88.
Wassermannsche Reaktion (Trinchese) 187.
Wassermann bei Meningitis (Zadek) 85.
Wassermannsche Reaktion bei Geistesstörungen (Gordon) 47.
Weißsche Urochromogenreaktion (Ernst) 1.
Wirbelsäule, Verkrümmungen (Falk) 200.
Wortblindheit (Goett) 142.
Wunddiphtherie (Anschütz und Kißkalt) 74.

Zignolin (Galewsky) 169.
Zucker in der Säuglingsnahrung (Southworth) 44.
Zwillinge, Ernährung frühgeborener (Hoffmann) 70.
Zyanquecksilber bei Angina (Zappert) 125.
Zystenniere (Husler und Schmincke) 136 — infantile (Glaser) 34.
Zystitis (Fischl) 128.

DATE DUE SLIP

UNIVERSITY OF CALIFORNIA MEDICAL SCHOOL LIBRARY

THIS BOOK IS DUE ON THE LAST DATE
STAMPED BELOW

2m-8,'23

v.16
1913

Monatsschrift f. Kinderheilkunde. Referate.
15573

1554.

Library of the
ty of California Medical School
and Hospitals